Nr. 20 18. maja 1926 Rok V.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

PRACE ORYGINALNE.

Dr. med. Stanisław MĄCZEWSKI. Lwów.

Uwagi o pierwotnej ciąży brzusznej

Z oddziału położniczo-ginekologicznego Państwowego Szpitala powszechnego we Lwowie.

Prym. prof. Dr. A. Sołowij.

Kwestja powstawania pierwotnej ciąży brzusznej do dnia dzisiejszego nie została definitywnie załatwioną, i wzbudza nadal z punktu widzenia teoretycznego żywe zainteresowanie. Obecnie jednak na podstawie zaobserwowanych faktów i spostrzeżeń klinicznych możemy wypowiedzieć się w tej kwestji bardziej zdecydowanie aniżeli przed kilkunastu laty.

W rozwoju pojęć o powstawaniu ciąży brzusznej pierwotnej dadzą się zauważyć trzy okresy.

Okres I-szy — okres haosu i najrozmaitszych możliwości w ocenianiu ciąży brzusznej, który skończył się w r. 1903. gdy Veit sformułował swoje warunki dla klasyfikowania pierwotnej ciąży brzusznej.

Okres II-gi charakteryzuje się daleko idącym krytycyzmem i wątpliwościami co do możliwości istnienia pierwotnej ciąży brzusznej. Rozpoczyna się w r. 1903 wystąpieniem Veita i kończy się w r. 1912, kiedy Czyżewicz i Richter opisali dwa pierwsze przypadki pierwotnej ciąży brzusznej.

Okres III-ci obecny, okres gromadzenia faktów, teoretycznych rozważań opartych na ścisłych badaniach klinicznych.

Do końca XIX. wieku każdy przypadek ciąży trąbkowej daleko posuniętej uważano za ciążę brzuszną. Twierdzono, iż jajko płodowe, rozwijając się w trąbce, już w początkowych okresach swego istnienia spowodować musi pęknięcie trąbki i przerwanie ciąży. Stąd wniosek, iż ciąża zewnątrzmaciczna daleko posunięta lub donoszona nie może być pochodzenia trąbkowego.

Kazuistyka z tych czasów notuje wielką ilość przypadków ciąży zewnątrzmacicznej donoszonej i klasyfikuje je jako przypadki ciąży brzusznej. Dopiero od r. 1870, kiedy Spiegelberg opisał pierwszy przypadek przenoszonej ciąży trąbkowej i temsamem dowiódł, iż ciąża trąbkowa może dotrwać do końca, daje się zaobserwować pewien krytycyzm w ocenianiu ciąży brzusznej i w piśmiennictwie spotykamy coraz mniej podobnych przypadków.

Już w r. 1845 M. Meyer wystąpił z twierdzeniem, że nie wielkość jaja płodowego i czas trwania ciąży winny decydować o pochodzeniu tejże, lecz stosunek jaja płodowego do narządu rodnego i otoczenia. Myśli te jednak przebrzmiały bez echa i dopiero po upływie 58 lat kwestja ta ponownie została poruszona.

Veit w r. 1903 na zjeździe ginekologów w Würtzburgu, referując kwestję ciąży zewnątrzmacicznej, poddał krytyce dotychczasowe zapatrywania na powstawanie ciąży brzusznej, wykazał, iż żaden z ogłoszonych przypadków nie zasługuje na to miano, i wyraził zupełnie jasno pogląd, że ciąża brzuszna pierwotna dotychczas u ludzi nie została stwierdzoną. Na podstawie jedynie teoretycznych rozumowań postawił Veit tezę, iż tylko taką ciążę nazwie pierwotnie brzuszną, jeżeli stwierdzi żywy związek jaja płodowego z podłożem otrzewnej, łożysko którego nie pozostaje w żadnym związku z jajnikami i jajowodami.

Warunki postawione przez Veita są do dnia dzisiejszego alfą i omegą w ocenianiu i klasyfikowaniu ciąży brzusznej.

W rok po wystąpieniu Veita — największy w owym czasie znawca ciąży zewnątrzmacicznej Verth przyjmuje te warunki, podaje dokładnej krytyce przypadki ciąży brzusznej dotychczas opisane i wykazuje, iż żaden z nich nie odpowiada wymogom stawianym przez Veita, a co zatem idzie, nie może być uważany za pierwotną ciążę brzuszną — co do możliwości której i Verth ma pewne zastrzeżenia. Przypadki powyższe można klasyfikować conajwyżej jako ciążę brzuszną wtórną, przy powstaniu której liczyć się należy z następującemi możliwościami.

1) zapłodnienie jajka nastąpić mogło w jajniku, tam się też jaje usadowiło i wytworzyło łożysko.

2) jajko płodowe zapłodnione zostało w ujściu strzępiastem jajowodu i tam rozpoczęło swój rozwój.

3) zapłodnienie i usadowienie jajka nastąpić mogło w dodatkowym szczątkowym jajowodzie.

4) jajko płodowe zapłodnione w jajowodzie wypadło przez ujście brzuszne jajowodu do jamy brzusznej i tam się implantowało na otrzewnej.

We wszystkich tych przypadkach jaje wytworzyło łożysko, które w miarę rozwoju wchodziło w żywy związek z otoczeniem na znacznej przestrzeni i zająć mogło sieć, krezkę jelit, wątrobę i t. d. Płód zaś w worku płodowym rozwijał się w jamie brzusznej.

Rosner rozróżnia jeszcze jedną postać ciąży brzusznej wtórnej, która jego zdaniem niesłusznie ciążą brzuszną jest nazwana, gdyż jajko ani pierwotnie, ani wtórnie nie usadawia się w jamie brzusznej, jednak płód tam się rozwija. Bywa to wtedy, gdy ciężarny jajowód pęka, łożysko w nim pozostaje, płód zaś wypada do jamy brzusznej i rozwija się dalej, nie zatracając związku z pierwotnem usadowieniem. Ten rodzaj ciąży zewnątrzmacicznej nazywa Rosner ciążą jajowodową pękniętą z płodem w jamie brzusznej.

Zastanawiając się nad powstawaniem ciąży brzusznej wtórnej twierdzi Verth, iż żywe jajko, płodowe wyrzucone z trąbki, nie może się dalej rozwijać na otrzewnej, gdyż następuje przerwanie naczyń w miejscu pierwotnego zagnieżdżenia; jajko, znajdując się już w pewnem stadjum rozwoju embrjonalnego, zatraca kontakt z pierwotnem usadowieniem i ginie.

Veit nie wypowiada się stanowczo w tej sprawie, twierdzi jednak, iż jajko wyrzucone z jajowodu do jamy brzusznej może się przylepić do otrzewnej. Część tego jaja wytwarza zrosty z otrzewną, wchodzi z nią w żywy związek, jajko jednak przeważnie nie rozwija się dalej.

Zapatrywanie Vertha nie wydaje nam się zupełnie słuszne, pomimo, iż motywy jakie podaje są przekonywujące. Obserwowaliśmy przypadek poronienia trąbkowego: podczas laparotomji między krwią płynną i skrzepami znaleźliśmy swobodnie leżące w jamie brzusznej jajko płodowe wielkości dużego orzecha włoskiego. Jajko wyjęto i położono na stoliku z instrumentami. Po skończonej operacji, trwającej 25—30 minut, stwierdziliśmy wszyscy, iż płód w pęcherzu płodowym żył jeszcze przez 15 minut — obserwowaliśmy wyraźnie bicie serca płodu. Gdyby po wypadnięciu tego jajka z trąbki nastąpił krwotok, jaje mogłoby implantować się na otrzewnej i rozwijać w dalszym ciągu — co we wczesnych okresach ciąży, gdy związek jaja z otoczeniem jest jeszcze luźny, a kosmki jego posiadają wybitne własności inwazyjne, wydaje się nam rzeczą możliwą.

Kwestje poruszone przez Veita i Vertha wzbudziły w piśmiennictwie .wielkie zainteresowanie, i wywołały żywe komentarze. Wielu ginekologów nie zgadzało się na możliwość pierwotnej ciąży brzusznej i kategorycznie przeczyło jej powstawaniu. Brakowało dowodów.

W r. 1912 prawie jednocześnie ogłaszają Czyżewicz i Richter dwa przypadki pierwotnej ciąży brzusznej. Przypadki te jakkolwiek nie przekonywują Veita, jednak odpowiadają wszystkim warunkom stawianym przez niego i należy je bezwarunkowo zaliczyć do przypadków najbardziej pewnych ze wszystkich dotychczas spotykanych w piśmiennictwie.

Z pośród wielu spostrzeżeń pierwotnej ciąży brzusznej, które w ostatnich 10-ciu—12-tu latach znaleść można w piśmiennictwie, tylko niektóre zasługują na szczególniejszą uwagę i mogą być klasyfikowane jako przypadki pierwotnej ciąży brzusznej. Są one ciekawe i rzucają dużo światła na powstawanie i rozwój tej sprawy. Wszystkie one operowane w bardzo wczesnym okresie rozwoju ciąży dostarczyły cennego materjału dowodowego; dokładnie klinicznie i naukowo opracowane dozwalają nam zejść z drogi teoretycznych rozważań i możliwości — dają nam podstawy do konkretnych daleko idących wniosków i posuwają znacznie naprzód całe zagadnienie. Pozwolę sobie omówić w krótkości te przypadki, by wykazać iż uderza w nich wiele zjawisk wspólnych, nie dających się wytłumaczyć li tylko zbiegiem okoliczności. Rozpocznę od przypadków Czyżewicza i Richtera.

Przypadek Czyżewicza dotyczy ciężarnej w drugim miesiącu, u której nagle wystąpiły gwałtowne objawy krwotoku wewnętrznego. Po otwarciu jamy brzusznej stwierdzono wielką ilość krwi płynnej i skrzepłej. Jelita przykryte siecią, koniec której dosięgał więzadła szerokiego prawego i tworzył z blaszką luźny zrost na przestrzeni 2 cm. w oddaleniu 3—4 cm. od rogu macicy. Macica nieco powiększona w przodozgięciu, przydatki bez żadnych

zmian widocznych. W miejscu zrostu sieci z blaszką więzadła znajdowało się jajko płodowe wielkości orzecha włoskiego. Mały odcinek tego jaja przylegał do więzadła, reszta spoczywała na sieci. Na przedniej ścianie guzka stwierdzić można było otworek eliptyczny 5 mm długi o brzegach poszarpanych, z którego wydzielała się krew. Jajo usunięto wraz z siecią. Macicę i przydatki pozostawiono. Badanie drobnowidowe miejsca usadowienia się jaja wykazało żywy związek z otrzewną, znaczną ilość kosmków, komórki Langhansa, syncytium i tkankę embrjonalną.

Przypadek Richtera dotyczy pacjentki w okresie bardzo wczesnej ciąży, która zgłosiła się z objawami krwotoku wewnętrznego. W czasie operacji stwierdzono w jamie brzusznej wielką ilość płynnej i skrzepłej krwi. Macica i przydatki bez zmian widocznych. W zatoce Duglasa medjalnie od lewego wiązu krzyżowo-macicznego zauważono na przedniej ścianie odbytnicy jajko płodowe wielkości wiśni, silnie krwawiące. Guzek wraz z podłożem usunięto, pozostawiając macicę i przydatki. W preparacie drobnowidowym stwierdzono kosmki rozmaitej wielkości, posiadające naczynia krwionośne komórki Langhansa i syncytium, pozatem w miejscu osadowienia się jaja wykazano komórki błony doczesnej.

W przypadku Rosnera z r. 1910 wykonano laparotomję z powodu krwotoku wewnętrznego i stwierdzono na tylnej ścianie macicy wczesne jajko płodowe. Macica i przydatki bez zmian.

Kohler w r. 1918, operując w początkowych okresach ciąży pacjentkę z powodu krwotoku wewnętrznego, znalazł na mesocolon płód wielkości wiśni. Miejsce usadowienia się jaja było źródłem krwotoku. Drobnowidowo w podłożu stwierdził elementy jaja płodowego i wykazał żywy związek jaja z otrzewną. Macica i przydatki bez zmian.

Reifferscheid w r. 1921 przystąpił do laparotomji u ciężarnej w pierwszych tygodniach ciąży z powodu krwotoku wewnętrznego. Na mesocolon znalazł 7-mio tygodniowe jajko płodowe. Badanie drobnowidowe wykazało żywy związek jaja z podłożem otrzewnej. Macica i przydatki bez zmian.

W przypadku Potena z r. 1924 wystąpiły w początkowych miesiącach ciąży objawy krwotoku wewnętrznego, który spowodował natychmiastową interwencję. W jamie brzusznej wielka ilość krwi płynnej i skrzepłej, oraz zrosty, po uwolnieniu których, stwierdził na tylnej ścianie macicy w rogu lewej trąbki jajo płodowe, zajmujące przestrzeń 5-cio fenigówki, wystające ponad powierzchnię i krwawiące. W podłożu wykazał elementy jaja płodowego, pozatem w licznych skrawkach trąbki i otrzewnej stwierdził komórki błony doczesnej.

Jaquain w r. 1921 opisuje przypadek operowany z powodu krwotoku wewnętrznego. Znalazł na tylnej ścianie szyjki macicy jajko płodowe we wczesnym rozwoju.. Macica i przydatki bez zmian. Badanie drobnowidowe potwierdziło żywy związek jaja z podłożem otrzewnej.

Schneider w r. 1924 stwierdza u pacjentki, którą operuje z powodu krwotoku wewnętrznego, jajko płodowe w zatoce Duglasa na lewem więzadle szerokiem, przechodzące na jelito grube. W miejscu pierwotnego usadowienia się jaja wykazuje komórki Langhansa kosmki i syncytium. W trąbce znajduje komórki błony doczesnej.

Meyer J. r. 1925 stwierdza w jamie brzusznej wielką ilość krwi, macicę nieco powiększoną — trąbki jajniki bez zmian widocznych. Na tylnej ścianie szyji jaje płodowe trzy miesięczne; płód zmacerowany wagi 9.2 gr. Badanie drobnowidowe wykazało żywy związek jaja z podłożem otrzewnem.

Schoenholz r. 1925 operuje ciężarną w początkowym okresie ciąży z powodu krwotoku wewnętrznego; znajduje w jamie brzusznej masę krwi, macicę w tyłozgięciu, przydatki przyrośnięte do Duglasa. Po oddzieleniu zrostów stwierdza, iż prawa trąbka wysmukła i delikatna, lewa nieznacznie zgrubiała i twardsza. Jajko usadowiło się w *mesosalpinx* trąbki lewej. W jajniku prawym ciałko żółte. Usunięto lewy jajnik, jajowód i róg macicy. Wykonano wiele skrawków, które wykazały, iż pierwotnem miejscem usadowienia się i rozwoju jaja była otrzewna. Jajko przewędrowało z prawego jajnika na lewą stronę; lewa trąbka gruźliczo zmieniona.

W powyżej cytowanych przypadkach uważanych nieomal przez wszystkich autorów za pierwotną ciążę brzuszną, jaje płodowe usadawiało się w zatoce Duglasa bądź na więzadle szerokiem, bądź na tylnej ścianie macicy, na kresce jelit lub też na odbytnicy. Po pewnym stosunkowo krótkim okresie rozwoju jaja przychodziło do zaburzeń: następował krwotok wewnętrzny, który pociągał za sobą śmierć jaja i zmuszał do natychmiastowej interwencji.

Najistotniejszym warunkiem powstawania i rozwoju pierwotnej ciąży brzusznej jest ten, by jajko płodowe znalazło na otrzewnej tak korzystne warunki dla swego rozwoju, jak w macicy, lub też w jajowodzie. Już w jajowodzie warunki dla rozwoju jajka są mniej korzystne, gdyż związek jaja z błoną śluzową jajowodu jest znacznie luźniejszy, aniżeli z błoną śluzową macicy, co bywa źródłem zaburzeń rozwoju jaja i nieraz prowadzić może do jego śmierci. Jakkolwiek zasadniczo nikt nie przeczy temu, że jajo płodowe może mieć na otrzewnej korzystne warunki dla swego rozwoju, to jednak kwestja ta do dzisiaj nie jest jeszcze definitywnie załatwioną. Dlaczego więc, już we wczesnych okresach ciąży przychodzi do zaburzeń w rozwoju jaja płodowego? Przecież jajko płodowe posiada w jamie brzusznej dużo miejsca; może zatem silnie zapuścić korzenie i rozwijać się bez przeszkody. Ginie ono jednak stosunkowo szybko i śmierć jego pociąga za sobą groźne następstwa. Zatem należałoby przyjąć, iż otrzewna nie jest dobrem podłożem dla rozwoju jaja płodowego; związek łożyska z otrzewną jest prawdopodobnie bardzo luźny, skoro bez widocznej przyczyny następuje zazwyczaj rozluźnienie tego związku i śmierć jaja. Gdyby otrzewna była korzystnem podłożem dla implantacji zapłodnionego jajka, musielibyśmy się częściej spotykać z przypadkami pierwotnej ciąży brzusznej, gdyż jajeczkowanie do jamy brzusznej jest przecież zjawiskiem dość częstem.

W przypadkach ciąży brzusznej daleko posuniętej, lub donoszonej łożysko w miarę rozwoju wchodzi najprawdopodobniej w kontakt z ujściem strzępiastem jajowodu, lub jajnikiem i tam znajduje podstawę do dalszego rozwoju.

Dlaczego jajko płodowe usadawia się tylko w pewnych wybranych miejscach na otrzewnej?

Walker i Dobbert stwierdzili przy ciąży brzusznej komórki doczesnej na otrzewnej w zatoce Duglasa i tylnej ścianie pęcherza moczowego. Schmorl w 70-ciu przypadkach ciąży wewnątrzmacicznej wykazał na otrzewnej pokrywającej narząd rodny błonę doczesną, co potwierdziły potem badania Schnella, Lindenthala, Hörmanna i Kinoshita. Prochownik i Hirschberg stwierdzili komórki doczesnej na wyrostku robaczkowym i sieci, zrośniętej z workiem płodowym. Freund znalazł komórki doczesnej w pochwie po poronieniu septycznem. Hoffmeier, Blumberg, Volk, Franké na szyjce macicznej. W trąbkach przy ciąży zewnątrz lub wewnątrzmacicznej stwierdzono niejednokrotnie błonę doczesną, co potwierdzają najnowsze badania Zimmermanna. Ulesco-Stroganowa, Aschoff stwierdzili błonę doczesną na części pochwowej macicy. Schmorl tłumaczy te zjawiska fizjologiczną ciążową reakcją otrzewnej.

Veit w r. 1916 zwraca uwagę na wyniki badań Freunda, R. Meyera, Bauera, którzy w zatoce Duglasa stwierdzili nabłonki ich zdaniem pochodzenia embrjonalnego, przypominające swoim wyglądem i ułożeniem błonę śluzową macicy.

Tłumaczenie, które podaje Schmorl posiada wszelkie cechy prawdopodobieństwa, gdyż bujanie błony doczesnej na otrzewnej stwierdzić można tylko w okresie ciąży. Jednak co do wyników badań R. Mayera i Bauera sprawa dzisiaj przedstawia się w nieco odmiennem świetle i łączy się z kwestją t. z. adenomyosis. Rzeczywiście w miednicy małej szczególniej na tylnej ścianie macicy, więzadeł szerokich, odbytnicy znaleść można czasami wysepki żywych cząsteczek błony śluzowej jamy macicy. Wysepki te tworzyć mogą guzki rozmaitej wielkości odgraniczone od otoczenia, bądź też zlewające się. Recklinghausen tłumaczy powstawanie tych tworów z rozsianych resztek pranercza. R. Meyer twierdzi, iż rozrost błony śluzowej przekraczający granice fizjologicznie występuje pod wpływem czynników zapalnych. Według Frankla wrastanie błony śluzowej powstaje dzięki zmniejszonej odporności mięśni.

W pracy z r. 1924, która ukazała się w 39 numerze Polskiej Gazety Lekarskiej, zastanawiając się nad sprawą adenomyosis, wyraziłem przypuszczenie, iż być może patologicznie wzmożony impuls ze strony cyklu owulacyjnego powoduje zaburzenia w cyklu menstruacyjnym, podczas którego następuje wzmożona proliferacja błony śluzowej i wnikanie jej w tkanki.

Sampson wystąpił z twierdzeniem, iż cząsteczki błony śluzowej macicy wraz z krwią miesiączkową mogą dostawać się przez jajowody do jamy brzusznej, tam implantować się na otrzewnej, i tworzyć wysepki lub guzki rozmaitej wielkości.

R. Meyer godzi się dzisiaj na teorję Sampsona, uważa ją za zupełnie naturalną i najprostszą dla wytłumaczenia wielu dotychczas niejasnych zjawisk.

Przyjmując teorję Sampsona, która zyskuje sobie coraz więcej zwolenników, gdyż posiada wszelkie cechy prawdopodobieństwa, o czem przekonuje nas doświadczenie codziennie, gdyż niejednokrotnie podczas laparotomji znaleść można w jamie brzusznej krew miesiączkową — mielibyśmy w pewnych przypadkach na otrzewnej, pokrywającej narząd rodny, anatomiczne stosunki, ułatwiające pierwotne zagnieżdżenie się jajka płodowego.

Śmiem zatem wyrazić przypuszczenie, iż usadowienie się jajka płodowego i jego rozwój poza narządem rodnym, jest możliwy tylko wtedy, gdy na otrzewnej mamy błonę śluzową macicy, która dostać się może do jamy brzusznej z krwią miesiączkową. Tylko pod tym warunkiem jasną jest dla mnie kwestja powstawania pierwotnej ciąży brzusznej.

W związku z tą powyższą uwagą rozpoczęliśmy szereg badań histologicznych, mających na celu wykazanie błony śluzowej macicy na otrzewnej w myśl teorji Sampsona.

Refleksje i uwagi jakie tutaj wypowiedziałem nasunęły mi się z okazji przypadku ciąży brzusznej, obserwowanego na tut. oddziale. Dotyczy on wieloródki wieśniaczki, lat 32, która dwa razy rodziła siłami natury. Ostatnia regularność z początku maja u. r. W październiku, wracając do domu późnym wieczorem, wpadła do rowu. Uczuła wtedy jakby nagłe opadnięcie w brzuchu i natychmiast zemdlała. Gdy wróciła do przytomności o własnych siłach przyszła do domu i tu zemdlała poraz drugi. Przez trzy dni była tak osłabioną, że nie mogła chodzić. W tym czasie nie mogła również oddawać moczu i stolca. Wezwany lekarz odprowadził chorej mocz i polecił udać się do szpitala. Skoro stan chorej nieco się poprawił odwieziono ją do szpitala na prowincji i tam przez 12 dni pozostawała w leczeniu. Po powrocie do domu czuła się zupełnie zdrową i mogła zajmować się gospodarstwem. Po dwu miesiącach wystąpiły znowu omdlenia, zwłaszcza, gdy płód się poruszał, co zupełnie dokładnie wyczuwała. Na początku lutego b. r. przestała czuć ruchy płodu; wystąpiły ponownie omdlewania, dreszcze i chorą zawieziono do szpitala. W szpitalu oświadczono, że musi jechać do Lwowa na operację, co też uczyniła.

Przyjęta 4 marca na oddział położniczo-ginekologiczny; osoba wątła, drobna, źle odżywiona, blada, ciepłota normalna, płuca, serce bez zmian, mocz prawidłowy. Badaniem zewnętrznem stwierdzono w jamie brzusznej guz, sięgający prawie do wyrostka mieczykowatego. Przy obmacywaniu stwierdzono w tym guzie płód. Przy badaniu wewnętrznem znaleziono macicę wielkości odpowiedniej, przesuniętą zupełnie na stronę prawą, ruchomą, nie pozostającą w żadnym związku z opisanym guzem. Część pochwowa długa, ujście zewnętrzne przepuszcza palce, szyja drożna, zwęża się ku górze, ujście wewnętrzne rozwarte na opuszkę palca. Bez wahania rozpoznano ciążę brzuszną i w dniu 9 marca przystąpiono do laparotonji. Po otwarciu jamy brzusznej zauważono, iż worek płodowy przyrósł na całej swej przestrzeni do otrzewnej ściennej. Zrostów nie uwalniano. Po otwarciu worka wlała się zeń znaczna ilość płynu ciemnego z odcieniem zielonkawym; wyjęto płód z objawami maceracji wagi 2800 gr. płci męskiej. Następnie stwierdzono w worku guz wielkości głowy noworodka, kształtu owalnego; guz ten pozostawał w bezpośrednim związku z łożyskiem. Wytoczono go z jamy brzusznej i usunięto. Z miejsca usadowienia się guza silne krwawienie, które dało się opanować przez liczne okłucia. Łożysko i pępowina pozostały w jamie brzusznej wraz z workiem płodowym. Jamę worka szczelnie wytamponowano gazą. Oglądając guz usunięty mieliśmy wrażenie, iż jest to zaśniad krwawy dużych rozmiarów, co też w zupełności potwierdziło badania drobnowidowe. Macica i przydatki lewe w luźnych zrostach z otoczeniem. Przydatki prawe pozostawały w związku z łożyskiem, które wypełniało całą zatokę Duglasa i przechodziło na mesocolon. Jakkolwiek doświadczenie nasze jest skromne, gdyż na oddziele mieliśmy tylko trzy podobne przypadki, to jednak opierając się na dotychczasowych wynikach, oraz na wynikach innych autorów uważamy, iż w przypadkach ciąży brzusznej daleko posuniętej należy podczas operacji po usunięciu płodu pozostawić w jamie brzusznej worek płodowy i łożysko, by nie spotkać się z krwotokiem, który nie da się wtedy opanować i spowoduje katastrofę.

Zastanawiając się nad naszym przypadkiem dochodzimy do wniosku na podstawie stosunków, jakie zauważyliśmy podczas operacji, oraz na podstawie badania worka, iż mamy tutaj do czynienia z ciążą brzuszną bliźniaczą wtórną, podczas której rozwinął się tylko jeden płód, a drugi wcześnie obumarł w zaśniadzie krwawym. Stan zdrowia naszej chorej nadspodziewanie dobry. Rekonwalescencja odbyła się prawie bez reakcji. Kawałki łożyska i worka płodowego wydzieliły się przez otwór w powłokach; ropienie było minimalne.

Piśmiennictwo:

1) Brugnatelli: Zentral. f. Gyn. 1922 — 46. — 2) Czyżewicz: Archiv f. Gyn. Bd. 97. — 3) Döderlein: Handbuch der Geburtschlife Bd. 11. — 4) Jacub: Zentral. f. Gyn. 1923. — 5. — 5) Jacquin: Gynecologie et Obstetrique 1922 r. t. 5. Nr. 6. — 6) Franz: Gyn. Operationen Berlin 1925. — 7) Kohler: Monatschrift f. Geburtshil. u. Gyn. Bd. 48. — 8) J. Meyer: Zentral. f. Gyn. 1925. 3. — 9) Poten: Archiv. f. Gyn. Bd. 122. — 10) Reifferscheid: Zentral. f. Gyn. 1921. u. 1. — 11) Richter: Archiv. f. Gyn. Bd. 96. — 12) Rosenblatt: Zentral. f. Gyn. 1923. 14. — 13) Rosner: Ginekologia. Kraków. 1923. — 14) Seeligmann: Zentralbl. f. Gyn. 1923. 5. — 15) Schneider: Monatschrift f. Geb. u. Gyn. Bd. 65. — 16) Schoenholtz: Zeitschrift f. Geb. u. Gyn. Bd. 89. H. 3. — 17) Winkel: Handbuch der Geburtsh. u. G. 1904.

WYKŁADY I ODCZYTY.

Dr. Med. Henryk HIGIER. Warszawa.

Ból obwodowy i trzewny jako objaw sympatyczny *).

Divinum est opus sedare dolorem! Wielce prawdopodobnie z tego właśnie powodu, że boską jest rzeczą uspokajanie bolu, ból jako uczucie zmysłowe posiada od stuleci ogromne piśmiennictwo. A jednak stanowisko jego do innych odmian czucia jest dotąd niejasne i nie ściśle określone. Faktem jest tylko, że gdyby bolu nie było rola i liczba lekarzy zredukowałaby się do minimum.

Czy zmysł bolowy należy stawiać w jednym szeregu ze zmysłem dotyku, wzroku, słuchu, węchu i smaku?

Czy tępe, obojętne prawie niedostrzegalnie przebiegające uczucie dotyku należy rozpatrywać ze stanowiska fizjologicznego jako jednakowo zbudowane z mocno akcentowanem uczuciem bolu pochodzenia obwodowego lub trzewnego, natury zzewnątrzpochodnej *(exteroceptiv)* lub wewnątrzpochodnej *(proprioceptiv)?*

Czy należy sobie anatomicznie przedstawić stanowisko torów nerwowych bolonośnych do dróg centralnych przewodzących dotyk jak np. stanowisko torów promieni fijołkowych, optycznie czynnych, do torów promieni pozafijołkowych chemicznie jedynie czynnych, a dla siatkówki obojętnych, niedostępnych i niewspółmiernych?

Czy zachowują się te dwa rodzaje czucia wobec siebie jak, powiedzmy, tor powszednich i pospolitych tonów, w środkowej części skali słuchowej położonych, do toru tej niezwykłej odmiany tonów dla ucha niedostępnych, które na obu krańcach tejże skali swe siedlisko znajdują? Tutaj rozchodzą się zdania uczonych w bardzo poważnym stopniu. Podczas gdy jedni (Frey) przypuszczają specjalny „zmysł bolowy" i oddzielne aparaty końcowe w skórze, to inni (Goldscheider), mówiąc jedynie o „czuciu bolowem" kategorycznie obalają hypotezę istnienia oddzielnych bolonośnych nerwów zmysłowych i punktów bolowych skóry.

Naogół traktuje się poniekąd jako aksjonat, nie wymagający dowodzenia, że ból wyłącznie lub przeważnie należy do czynności zmysłowych aparatu mózgordzeniowego czyli zwierzęcego.

Jedni zwalczają możność „przedmiotowania" *(Objektivierbarkeit)* czucia bolowego, wracając poniekąd do dawnego mniemania E. H. Webera, według którego należy ściśle rozróżniać między czuciami zmysłowemi, a czuciami ustrojowemi czyli ogólnemi *(Gemeingefühle),* do której to ostatniej grupy przedewszystkiem należy ból. Podobnie się rzecz ma z czuciem ciepłotnem. podbarwionem bolem, gdzie ból *(Achelis)* „znajduje się poniekąd na drodze do stawania się czuciem zmysłowem".

Dużo atoli zdaje się przemawiać za tem, że chodzi tu o zasadniczy błąd, milczkiem i chyłkiem przemycający się w fizjologii od dziesiątków lat i przez patologię bezkrytycznie tolerowany i akceptowany.

Postaram się niżej zestawić te liczne argumenty, które dowodzą wręcz przeciwnego, przynależności funkcji bolowej do nerwowego aparatu autonomiczno-wegetatywnego.

* * *

1) Już stare prawo Jana Müllera o energji swoistej, według którego każdemu gatunkowi jakości percepcyjnej, każdej odmianie zmysłowej odpowiada własny tor nerwowy. przewiduje poszczególne włókna dla zmysłu dotykowego i zmysłu bolowego, wymaga odosobnionego przewodu i oddzielnych zakończeń obwodowych.

2) Nie ulega najmniejszej wątpliwości, że bez bolu chciałoby się i możnaby przeżyć życie całe, podczas gdy bez czucia dotyku, choćby dłoni i stóp, życie byłoby niemiłem, prawie niemożliwem.

3) Bez czucia dotykowego człowiek czułby się tak samo nieswojsko, może nie tak nieszczęśliwie jak bez zmysłu wzrokowego lub słuchowego. Bez czucia bolowego życie przebiegałoby bardziej błogo, acz biologicznie niezupełnie celowo.

*) Odczyt wygłoszony na XIII. Zjeździe Lekarzy i Przyrodników Polskich 1925 r.

Zmysł dotykowy należy do fizjologji, bolowy raczej do patologji.

4) O ile powierzchowny zmysł dotykowy służy na podobieństwo zmysłu wzrokowego powszednim i stałym stosunkom organizmu do świata otaczającego, to się to powiedzieć nie daje o głębokim zmyśle bolowym *sensu strictori*. Już przed laty Head na zasadzie badań doświadczalnych żądał oddzielenia czucia epikrytycznego (bodźce dotykowe i podniety ciepłotne w granicach normy od 27 st. do 37 st.) od protoplastycznego (bole od ukłucia, ucisku, gorąca, zimna, swędzenie, łechtanie, palenie, uczucie *libido sexualis*.

5) Uczucie bolu nie lokalizuje się, jakby się to zdawać mogło, analogicznie do uczucia dotyku w naskórku. Powstaje ono dopiero, gdy ochronne komórki górnych warstw naskórka lub nabłonka zostają zniszczone, przez igłę, gorąco, warstwa opdskórna podrażniona, a komórki naczyniowe materjalnie uszkodzone, co wszystko razem stanowi poniekąd bodziec niefizjologiczny.

6) Są poszczególne okolice na powierzchni ciała (żoladź, łącznica, rogówka), które odczuwają wyłącznie ból, zaś żadne lub minimalne czucie dotyku i ucisku.

7) Po przecięciu nerwu powierzchnia ubytku dla obu rodzajów czucia nie są jednakowo rozległe czasem ubywa wogóle jedynie dotyk.

8) Po urazowych zaburzeniach nerwowych następuje powrót straconej czynności dla obu rodzajów czucia niejednocześnie.

9) Istnieją nie wątpliwie obwodowe anaestezje skóry, u których ze znieczuleniem dotykowem idzie w parze nadwrażliwość bolowa i uciskowa *(anaesthesia dolorosa)*.

10) Nawiązując do hypotezy Stoffa o kablowym układzie torów w nerwie obwodowym, należy wspomnieć o tych zapaleniach nerwów, przeważnie urazowych, w których dotknięty jest wyłącznie jeden z układów: ruchowy, czuciowy, współczulny. W „*neuritis symphatica*" panują w obrazie klinicznym objawy wegetatywne ze swoistemi bolami (kauzalgja Weir Mitchela) z drżeniem włókienkowem i powrózkowem mięśni, myokymją, bolesnemi skurczami muskulatury, *tic douloureux* (Orzechowski, Higier). Takąż postać zapalenia włókien współczulnych spotyka się w narządach wewnętrznych (Askanazy, Hirsch).

11) Nowokaina, wprowadzona do mieszanego nerwu obwodowego, znosi stopniowo czucie bolu i ciepła, znacznie później dotyku, przyczem powrót różnych rodzajów czucia odbywa się w porządku odwrotnym.

12) Tylko przy upośledzeniu zmysłu bolowego, nie zaś do tykowego, obserwuje się zaburzenia sympatyczne, zwłaszcza troficzne i naczynioruchowe skóry *(herpes zoster, mal perforant, lepra mutilans)*.

13)W uszkodzeniach nerwu zzewnątrzpochodnych powrót funkcji odżywczych i wazomotoryjnych odbywa się jednocześnie z powrotem przewodnictwa bolowego.

14) Opóźnienie przewodnictwa notuje się jedynie przy bodźcu bolowym *(Tabes, Myelitis)*, co już świadczy o przerwach segmentalnych w przewodnictwie krótkotorowem włókien bolowych w rdzeniu.

15) W wielu chorobach rdzenia, zarówno wrodzonych *(hydromyelia, syringomyelia)*, jak nabytych *(haematomyelia)* ulega zaburzeniu zmysł bolowy i ciepłotny, a nieuszkodzony zmysł dotykowy (typ tylnorożny, rozszczepienie czucia).

16) Tor czuciowy rdzenia nie jest jednolity i zwarty. Droga dotykowa, idąc przez tylne pęczki, dosięga — po skrzyżowaniu we wstędze torebki wewnętrznej *(capsula interna)* i stąd przez *carrefour sensitif* dostaje się do psycho-czuciowej sfery kory. Tor bolowy kroczy odrębną drogą, włókna jego krzyżują się tuż w najbliższych odcinkach rdzenia w szarej substancji tegoż, zbierają się w izolowanym pęczku *(Tractus spinothalamicus antecolateralis)* i biegną ku swojej stacji krańcowej do bolowrażliwego wzgórka wzrokowego *(thalamus)*, nie kończąc się w korze mózgowia, korze na bodźce bolowe nie wrażliwej. Przez korę zostaje wprawdzie czucie bolowe rozpoznane i zlokalizowane, atoli we wzgórku podkorowym, w tym węźle centralnym wszelkich torów czuciowych i zmysłowych, ból cielesny otrzymuje swoisty ton, specyficzne zabarwienie.

17) Obok tego toru rdzeniowego „białego, a długiego", przewodzącego czucie bolowe ze skóry, głębokich tkanek i narządów wewnętrznych, znajduje się „szary, a krótki" przewód miejscowy bolu w substancji szarej, drogą algotermiczną, którą się stwierdza tu i ówdzie klinicznie (wylew krwawy rdzenia, guzy podwójne mlecza, zespół Brown-Sequarda). Przy przecięciu eksperymentalnem na różnych wysokościach obu połów rdzenia w odległości od siebie wynoszącej kilka segmentów (Karplus i Kreidel) stwierdza się tuż po operacji znaczne resztki czucia bolowego, a te bezsprzecznie zmuszają nas do uznania krótkospiętych kilkopiętrowych torów bolowych.

18) Czucie bolu może powstać zarówno przy uszkodzeniu obwodowem narządu nerwowego lub centralnem toru rdzeniowego, jak przy drażnieniu włókien pnia mózgowego lub jądra wzgórkowego, co w obrębie zmysłu dotykowego zdaje się nie mieć miejsca. Silne, nie poddające się leczeniu bole usuwano niejednokrotnie na drodze chirurgicznej przez przecięcie nerwów obwodowych *(Neurotomja)*, korzonków tylnych: *(Radicotomia posterior)*, pęczka przedniobocznego *(Chorodotomia antecolateralis)*, wzgórka wzrokowego *(Thalamotomia)*.

19. Kora mózgowa posiada ośrodek dotykowy, jak wzrokowy i słuchowy, ale nie posiada bolowego, ani dla bolów kończyn i tułowia, biegnących przez tylne korzonki, ani dla bolów trzewnych, które według pewnych, badaczy (Lehmann) dysponują przedniemi korzonkami.

20) Silne bole sympatyczno-parasympatyczne narządów wewnętrznych warunkują często pasy nadwrażliwe *(ozones hyperesthetiques)* na przyległej skórze, przyczem nadwrażliwość i przeczulica skóry dotyczą wyłącznie podniet bolowych.

21) Czucie bolowe zajmuje wobec pozostałych rodzajów czucia o tyle odrębne swoiste stanowisko, że towarzyszy mu stale pobudzenie psychiczne (przydźwięk wzruszeniowy, uczucie przygnębienia, lęku ściskania w piersiach) i odwrotnie ból fizyczny zwykł się potęgować pod wpływem silnego bolu psychicznego, pobudzenia duchowego (niepokój, obawa strach). Jeśli więc zmysł dotykowy stanowi pojęcie fizyczne, a zmysł bolowy psychologiczny, to musi uderzać ta okoliczność, że ból fizyczny i psychiczny często współistnieją, tak jakby ośrodek bolowy i ośrodek wzruszeniowy — o barwie wegetatywnej — lokalizacyjnie *(sit venia verbo)* obok siebie się mieściły.

22) O ile czucie dotyku obojętnie i zazwyczaj niepostrzeżenie biegnie z obwodu aparatu skórnego Vater-Pacciniego poprzez białe pęczki rdzenia ku korze mózgowej, to postać rzeczy zmienia się zupełnie, gdy chodzi o pozornie blisko spokrewnione czucie bolu, kroczące od wspólnego zakończenia miedzynaskórkowego włókienek nerwowych poprzez szarą substancję rdzenia drogą pęczka przedniobocznego do wzgórka podkorowego. Ból oddziaływa sympatycznie, czyli sympatyzująco *συμπαθεῖν* to znaczy wywołując współczuwanie w całym układzie roślinnym. W sympatycznym rogu bocznym rdzenia, sąsiadującym z bolonośnym rogiem tylnym odbywa się podczas wzmagającego się bolu dzięki niedostatecznej izolacji pozbawionych otoczki nerwowej cienkich włókienek sympatycznych rodzaj współdźwięczenia wegetatywnego ośrodków, rodzaj współdrgania ich na całej linji, od *conus medullaris do corpus subthalamicum*. Klinicznie przejawia się to wzbudzanie drogą bolową sympatji w: bladnieniu twarzy, kołataniu serca, łzawieniu, rozszerzeniu źrenic, poceniu, jeżeniu włosów, drżeniu włókienkowem mięśni, zahamowaniu czynności ruchowych i wydzielniczych wszystkich narządów wewnętrznych. Pobudzenie funkcjonalne torów bolowych jest poniekąd związane ściśle z pobudzeniem torów roślinnych.

23) W sprawie współdźwięczenia układu wegetatywnego jest godnem uwagi podobieństwo protopatycznego czyli bolowego czucia obwodu do czucia trzewnego jam wewnętrznych (ściskanie w żołądku, wzdęcie kiszek, parcie pęcherza). Tutaj ma miejsce stopniowe przejście obwodowego czucia bolowego do czucia trzewnego, a tego ostatniego do czuć ustrojowych *(Gemeingefühle)*, jakiemi są czucie głodu, pragnienia, rozkoszy seksualnej, które zdają się fizjologicznie również posiadać (L. Müller) podłoże organiczne, swój substrat sympatyczny.

24) Po przecięciu części brzusznej powrozka granicznego *N. sympathici*, (Toshiko) stwierdza się stale wyraźne zwyrodnienie komórek zwojowych bocznego i tylnego rogu rdzenia, przypuszczalnego siedliska ośrodków bolowych.

25) Obok rozlanego współdźwięczenia źle izolowanych amyelinowych dróg wegetatywnych stwierdza się nierzadko podczas intenzywnych bolów jednocześnie ograniczone współdźwięczenie niektórych w obrębie tegoż odcinka rdzeniowego położonych, dobrze izolowanych myelinowych dróg animalnych. Bodziec bolowy przez t. zw. włókna oboczne *(Kollaterale)* dosięga rogu przedniego i tylnego, gdzie wywołuje odruchowo:

a) segmentalno-miejscowy odruch mięśnia *(Défense musculaire Mackenziego* i

b) segmentalno-miejscową przeczulicę skóry i tkanek głębszych *(Zone hyperésthetique* Heada).

Nie dotykam bliżej sprawy, czy wspomniane współdźwięczenie odbywa się na drodze krótkospiętego przewodu, w bocznicy

istoty szarej rdzenia, czy też, co jest mniej prawdopodobnem, w obrębie białego pęczka przedniobocznego, filogenetycznie najstarszego, w którym się kojarzą z jednej strony doprowadzający łuk odruchów tonizujących, nadrdzeniowych *(reflexus corticopyramidalis et subpallido-extrapyramidalis)*, zaś z drugiej strony droga dośrodkowa czucia naczyniowego i trzewnego. Nie poruszam też wobec nasuwającego się pytania co do patogenezy ograniczonego skurczu mięśnia obwodowego w *défense musculaire* — sprawy ogólnej porównawczo-fizjologicznej, wysuniętej ostatnio na forum dyskusyjne (H u n t e r), czy istotnie każdemu mięśniowi dowolnemu przynależne są grubsze włókna o inerwacji rdzeniowej i cieńsze o inerwacji autonomicznej ze swoistą czynnością ruchową (somatyczny i sympatyczny łuk odruchowy proprioceptywny).

26) Zarówno obwodowe animalne jak wewnętrzne trzewne narządy mięśniowe r e a g u j ą n a s i l n e b o d ź c e — zazwyczaj natury odruchowej — b o l e s n e m i s k u r c z a m i m i ę ś n i *(crampi peripherici, colicae internae)*, w których bierze udział bezwolna muskulatura gładka trzew względnie autonomicznie unerwiona sarkoplazma mięśni dowolnych poprzecznie prążkowanych.

27) Czucie dotyku ze skóry lub z przylegania do siebie błon śluzowych wzgl. surowiczych *normaliter* — wcale nie lub ledwie dochodzi do świadomości, co jest właściwie zjawiskiem wielce dodatniem ze stanowiska biologicznego.

Zazwyczaj brak pozornie i czucia bolowego ze strony większości narządów, gdy nb. w ekserymencie na zwierzętach lub przy operacji na ludziach stosujemy b o d ź c e n i e w s p ó ł m i e r n e l u b d l a d a n e g o n a r z ą d u n i e s w o i s t e (krajanie, klucie, przypalanie, ucisk). „O ile, powiada S t r ü m p e l, z jednej strony pospolite czucia zmysłowe powstają wskutek zadziałania świata zewnętrznego na t. zw. p o w i e r z c h n i ę z m y s ł o w ą, embrjologicznie z nabłonka zmysłowego pochodną, to z drugiej strony tkanka wewnętrzna, narządowa, i tkanka służąca za rusztowanie miąższu (S t ü t z g e w e b e) są wszystkim tym podnietom obce, na wszelkie tego rodzaju bodźce absolutnie niewrażliwe". Naszemu ciału wewnętrznemu brak zdolności oddziaływania na wszlekiego rodzaju podniety np. natury termicznej lub mechanicznej, zdolności zupełnie bezcelowej, mogącej jedynie wywołać zakłócenie prawidłowych czynności fizjologicznych. K a ż d y n a t o m i a s t n a r z ą d p o s i a d a s w o j e, j e m u w ł a ś c i w e i w s p ó ł m i e r n e *(adaequate)* r o d z a j e p o d n i e t i c z u ć (w z d ę c i a, p a r c i a, ś c i s k a n i a, c i ś n i e n i a, p e ł n o ś c i), które w razie przekroczenia zwykłej granicy, w razie osiągnięcia intenzywności ekstrafizjologicznej, targania przyległych więzów lub większych naczyń sprowadzają nader przykre uczucia lub odnośne b o l e e k s t r a f i z j o l o g i c z n e. Z tego punktu widzenia mogą działać bolotwórczo: bębnica kiszek, rozdęcie pęcherzyka żółciowego, parcie i targanie wątroby, szarpanie i szamotanie więzów zawieszonej nerki, nagła hyperemizacja opłucnej, i anemja zarówno muskulatury kiszek, *(angina abdominalis, dyspragia arteriosclerotico-abdominalis, thrombosis arteriae mesaraicae)* jak łydek *(crampi i claudicatio intermittens w endarteriitis obliterans)*.

28) Jednocześnie lub też po s z t u c z n e m z n i e s i e n i u p r z e w o d n i c t w a b o l o w e g o n a r z ą d ó w w e w n ę t r z n y c h l u b z e w n ę t r z n y c h (K a p p i s) występują sympatyczne objawy skórne, jak miejscowa c z e r w o n o ś ć i h y p e r t e r m j a (B r a u n, W i e d h o p f) zarówno przy wstrzyknięciu znieczulającem preparatów kokainowych do nerwu obwodowego, przy przecięciu współczulnych gałązek łącznych *(Rami communicantes* H u n t e r, R o y l e), przy zniszczeniu pęczka boczno-przedniego w rdzeniu *(Tractus spinothalamicus-Spiegel)*. I odwrotnie, t. zw. *derivantia cutanea* czyli środki odciągające, specjalnie potęgujące wazodylatację i ciepłotę miejscową (okład, gorczycznik, bańki) łagodzą i zmniejszają głęboko tkwiące bole (podskórne, mięśniowe, wewnątrzpiersiowe, brzuszne), nie zmieniając istoty czucia dotykowego.

29) S z t u c z n e d r a ż n i e n i e n. w s p ó ł c z u l n e g o *(Nn. splanchnici)* wywołuje między innemi bole narządowe i skurcze mięśniowe, s z t u c z n e p o r a ż e n i e n. w s p ó ł c z u l n e g o, zniesienie bolu i kurczu mięśniowego, co ze swojej strony świadczy o pewnym p a r a l e l i z m i e o b u z j a w i s k, czucia protopatycznego i skurczu sympatycznego muskulatury.

30) Pewne jady (nitrogliceryna, nowokaina), posiadające własności wazodylatacyjne i spazmolityczne usuwają jednocześnie z autonomicznym skurczem naczyń czucie bolowe względnie ból *(Morbus Raynaud, angina pectoris, claudicatio intermittens, injectio paravertebralis* K a p p i s-L ä w e n a, w chirurgji i sercowej brzusznej, zwłaszcza w kamicy żółciowej i nerkowej oraz w dusznicy bolesnej). Pomijam w tem miejscu pytania, w centrum dyskusji znajdujące się, co do istnienia doprowadzających sympatyczno-czuciowych szlaków wogóle (L a n g l e y, M ü l l e r, S t r ü m p e l l, H i g i e r, K a r p l u s-K r e i d e l) oraz długich lub krótkich segmentalnych nerwów naczyń (B r ü n i n g, L ä w e n, O d e r m a t t, D e n n i g, W i e d h o p f, S c h i l f), co do prawa podwójnej inerwacji mięśniowej (B o c k e, H u n t e r), lub unerwienia antagonistycznego naczyń i t. d.

31) Jady elektywno-wegetatywne, t. j. oddziaływujące na system autonomiczny (pilokarpina drażniąca n. błędny, papaweryna porażająca n. współczulny) usuwają tu i ówdzie objawy autonomiczne bezwładu (pęcherz), a jednocześnie bole w przełomach tabetycznych, syringomyelji, myalgjach, newralgjach i urazowych zapaleniach nerwu (Orzechowski, Mackiewicz, Schwarz).

32) Każdy pomyślnie działający środek terapeutyczny znosi w kolkach, w bolach serca i tętnicy głównej j e d n o c z e ś n i e s k u r c z o d r u c h o w y, m o t o r y j n y, d é f e n s e, p r z e c z u l i c ę s k ó r y, t o w a r z y s z ą c e o b j a w y s y m p a t y c z n e o r a z b ó l[1]).

33) Analogicznie działają polecony przeze mnie[2]) przed laty (1901) z a b i e g s y m p a t y k t o m j i o k o ł o n a c z y n i o w e j i liczne później opisywane modyfikacje (L e r i c h e, J o n n e s c o, B r ü n i n g) odnerwienia naczyń w obrębach obwodowych (kończyny) i trzewnych (serce, nerki, żołądek). Działanie przeciwbolowe i przeciwskurczowe sympatektomji tłumaczy się prawdopodobnie z j a w i s k i e m o d r u c h o w e m, które wyzwalane w obrębie pola operacyjnego, sprowadza drogą czuciową hyperemję miejscową, wazodylatację z obfitszym dopływem krwi do tkanek.

34) W ciężkich nerwobolach chirurgiczne usunięcie lub toksyczne niszczenie odnośnego zwoju rdzeniowego czyli międzykręgowego (np. *Alcoholisatio Ganglji Gasseri)* znosi bole, parestezje i jednocześnie towarzyszące objawy sympatyczne (łzawienie, ślinienie, czerwoność miejscową, tiki błyskawiczne w nerwobolach twarzy).

35) W y c i ę c i e c z y s t o w s p ó ł c z u l n y c h z w o j ó w prowadzi za sobą czasem ciężkie uczucie drętwienia, palenia i bolów w sąsiednim obrębie nerwowym. Usunięcie w dychawicy oskrzelowej górnego zwoju szyjnego sprowadza nieraz newralgiczne bole w twarzy (Pette), które się zjawiają prawdopodobnie jako rezultat n a s t ę p c z y c h z a b u r z e ń w a z o m o t o r y j n y c h. W każdym razie operacja ta dowodzi, że czynnik, wyzwalający nerwoból trójdzielny, znajdować się może w sąsiednim zwoju współczulnym. Jesto to poniekąd specjalny wypadek ogólnego prawidła, zgodnie z którem w każdem znieczuleniu miejscowem splotu *(Leitungsanaesthesie)* tenże efekt osiągnięty zostaje, co przy usuwaniu szyjnej części n. współczulnego i jego zwojów.

36) Podczas mechanicznego i elektrycznego drażnienia zwojów u osobników, poddających się operacji na zwojach (L e r i c h e) stwierdzono s t a ł y s t o s u n e k m i ę d z y p o s z c z e g ó l n e m i z w o j a m i s y m p a t y c z n e m i, a u c z u c i e m b o l u w p o s z c z e g ó l n y c h o b r ę b a c h p o w i e r z c h n i c i a ł a: między *Ganglion cervicale superius*, a twarzą, między *Ganglion stellatum*, a okolicą serca i przedramienia, między ostatnim *Ramus communicans cervicalis*, a okolicą dolnego kąta łopatki.

37) Większość newralgji, enteralgji i ściśle z niemi pokrewnionych jednostek chorobowych w s p ó ł c z u l n y c h odznacza się o k r e s o w o ś c i ą: kolka wątrobowa i nerkowa, dusznica bolesna, dychawica oskrzelowa, nerwoból oczodołowy, migrena, jaskra, choroba R a y n a u d a, choroba Q u i n c k e g o, *Crises gastriques*, *Gastroxynsis dolorosa paroxysmalis*.

38) Większa część przebiegających z bolem nie z uczuciem dotyku — k u r c z ó w m u s k u l a t u r y o b w o d o w e j i n a r z ą d o w e j j e s t n a t u r y o d r u c h o w e j:

a) B o d ź c e c h e m i c z n e i p o k a r m o w e pochodzenia egzo- i endotoksycznego wywołują odruchowo w przewodzie pokarmowym bolesne antyperystaltyczne skurcze mięśniowe *(cardialgiae)*. — b) P o d n i e t a m e c h a n i c z n a (złogi, piasek) stanowi czynnik wywołujący odruchowo skurcz muskulatury moczowodu, pęcherza żółciowego. — c) Drażnienie mięśni drobnych oskrzelików w d y c h a w i c y o s k r z e l o w e j, biorące początek w obrzmiałej błonie śluzowej, warunkuje ból odruchowy. — d) Każdy proces zapalny s k ó r y i t k a n k i p o d s k ó r n e j wywołuje — przez ucisk, targanie, napięcie, miejscowe zatrucie tkanek odruchowo skurcz sąsiedniej muskulatury gładkiej. — e) S k u r c z n a c z y ń w i e ń c o w y c h s e r c a, zaopatrzonych we włókna czuciowe, prowadzi do dusznicy bolesnej, tu i ówdzie odruchowo z kiszek, wątroby lub innego narządu jako punktu wyjścia. — f) Odruchowo zjawiające się w naczyniach obwodowych o strukturze prawidłowej (Choroba Raynauda) lub zapalno-

[1]) H. Higier. Vegetativ oder viscerale Neurologie. G. Fischer. Jena 1912. str. 155. H. Higier. Vegetative Neurology. S. E. Jeliffy. New York 1919. str. 144.

[2]) H. H i g i e r: Zur Klinik der arteriosklerotischen paroxysmelen Myasthenie. Deut Zeitschr. f. Nervenheilk. 1901.

degeneracyjnej (zapalenie śródtętnicze w chromaniu przestankowem), bolesne spazmy naczyniowe i kurcze łydek znikają czasem na lata całe: 1) samoistnie przy wypadnięciu odruchu patologicznego mimo pozostałej *Enarteritis obliterans* lub 2) sztucznie, po usunięciu odruchorodnych splotów okołonaczyniowych. — g) Ostre zapalenie żył wywołuje odruchowo z śródbłonka trombotycznie drażnionego ból skurczowy. — h) Aortalgja z przeszywającym bolem uciskowym zamostkowym (Strümpell) zawdzięcza może swoje powstawanie również odruchowemu skórczowi błony mięśnej, wychodzącemu z chorego śródbłonka tętniczego. — i) W nerwobólu twarzowym bolesny skurcz występuje nie tylko samoistnie, ale częściej odruchowo przy dotknięciu skóry, dziąsła, śluzówki nosa, łykaniu, oziębieniu miejscowem.

39) Każde zapalenie ostre, zwłaszcza tkanek mezechymalnych (tkanka łączna, tłuszczowa, kostna, chrząstkowa, gruczoły dokrewne i chłonne, naczynia krwionośne i limfatyczne), zazwyczaj połączone z zajęciem naczyń i zjawiskami natury reakcyjnej *(dermatitis, ostitis, pulpitis, synovitis)*, cechuje się 4-mo znanemi klasycznemi objawami *(dolor, calor, rubor, tumor)*, wśród których ból poważne zajmuje miejsce. Przy cofaniu się zapalenia ból ustępuje stopniowo wraz z innemi zaburzeniami sympatycznemi pochodzenia ciepłotno-naczynioruchowo-wysiękowego. W chorobach zapalnych przewlekłych, zaburzeniach destrukcyjnych i procesach degeneracyjnych główniejszych narządów miąższowych *(nephritis, myelitis hepatitis)* brak trójcy sympatycznej (obrzmienia, zaczerwienienia i podwyższonej ciepłoty miejscowej) i brak też stale bolów miąższu.

40. Ból jako uczucie *(Gefühl*[3]*)*, różniące się zasadniczo od dotyku jako czucia *(Empfindung)*, staje ściśle w jednym rzędzie z innemi rodzajami czuć nastrojowych *(Gemeingefühle)*, jak głód, pragnienie, brak powietrza, w genezie których główną rolę odgrywają odruchowe skurcze mięśni (L. Müller), bardzo przykre, połączone z uczuciem niezadowolenia i bolu. Względne zubożenie krwi: a) substancje stałe, do asymilowania, do odbudowy tkanek i eksploatacji katabolicznej zdatne (głód), b) w substancje płynne i koloidalne (pragnienie) c) w substancje lotne, jak tlen (duszność), słowem, perturbacje w fizjologicznej izotonji i izojonji krwi stanowią istotę tego, co nazywamy brakiem pożywienia, płynów, powietrza i co na drodze chemoreflelksu, rzadziej na drodze psychoodruchowej wywołuje bolesne skurcze głodowe żołądka, pragnienie gardła i przełyku i skurcze respiracyjne muskulatury oddechowej klatki piersiowej i szyi.

41) Zmysł dotykowy służy nam do wytwarzania stosunku ze światem zewnętrznym, z otoczeniem, jako jeden z pięciu elementarnych zmysłów, zawdzięczających swe pochodzenie naskórkowi. Owo uczucie dotykowe wspólnie z czuciem mechanicznem mięśni i stawów *(Mechanosensibilitas)* i czuciem błędnikowem *(Tonosensibilitas)*, reprezentują ten kontakt. Układ zwierzęcy czyli mózgowordzeniowy stwarza w ten sposób kontakt między ustrojem, a treścią otaczającego świata, zaś układ wegetatywny, czyli autonomiczny, ze światem narządów wewnętrznych. Pierwszy system musi zgodnie ze swoją embrjogenezą i według swego przeznaczenia znajdować się w związku ze sferą świadomości wogóle i świadomych ruchów celowych, a przeto posiadać przedstawicielstwo swoje w korze encephalicznej, ostatni natomiast układ, któremu się między innemi podporządkowuje zmysł bolowy, tego bynajmniej nie musi.

42) Jeśli przeto zmysł bolowy reprezentuje czuciowy odczyn podnietowy tych części ciała, które służą jedynie ogólnemu mechanizmowi utrzymania i zachowania ustroju, jeśli czucie bolowe nigdy nie powstaje dzięki podniecie, w fizjologicznej gospodarce ustroju niezbędnej, lecz dzięki bodźcowi nadzwyczajnemu, niepowszedniemu, wkraczającemu burząco w normalny bieg czynności organicznych, to jednak owo czucie bolowe sensu strictiori, nie reprezentujące żadnego zmysłu fizjologicznego, odgrywa w gospodarstwie wewnętrznem bardzo wybitną rolę. Ono symbolizuje, jak już Darwin i Lanarque dawno przypuszczali, pewnego rodzaju urządzenie obronne, które zaczyna być czynnem jedynie w chorobach niebezpiecznych, jako sygnał alarmowy, jako znak ochronny, a manifestuje się u ludzi i zwierząt bezpośrednio w licznych przejawach sympatyczno-odruchowych (ruchy obronne, paroksyzm ostrej biegunki, napady kaszlu, wymiotów, potu, bladości), z któremi jest też ściśle związane pod względem anatomofizjologicznym.

[3]) H. Higier. Czy i jak oddziaływa mózg na układ współczulny i odwrotnie w sferze somatycznej i psychicznej. Czasop. lekarskie 5—7. 1925. — H. Higier. Bieg i rozwój myśli zasadniczych w medycynie wewnętrznej. Czasop. lek. 7—11. 1925.

Jako filogenetycznie bardzo ważny, nader mało znany, przejaw odruchowy wspomnieć należy np. t. zw. odruch bolowy skóry, polegający na tem, że po drażnieniu bolowem skóry (Glaser, Höber) kurczą się naczynia w obrębie nn. trzewnych przy jednoczesnem rozszerzaniu się układu naczyniowego muskulatury i mózgu.

Sens biologiczny tego napozór bezcelowego odruchu jest zapewne ten, że w chwili niebezpieczeństwa przedewszystkiem zostają obficie zaopatrzone w ciecz odżywczą krwi te narządy obwodowe i ośrodkowe, które służą ucieczce czyli obronie organizmu.

43) Szlak epikrytyczny, czyli tor dotykowy jest w strukturze swej prostszy, filogenetycznie późniejszy i przylega do układu piramidowego, wstępując weń jako jego część składowa, dział czuciowy. Szlak protopatyczny czyli tor bolowy jest więcej powikłany, gdyż ból stanowi najbardziej elementarną formę przejawową czucia, i się przyłącza do układu pozapiramidowego, znajdującego się w bliskiem pokrewieństwie z aparatem afektywno-wegetatywnym.

44) Mało jest poważnych argumentów, świadczących na korzyść potrzeby odróżniania uczucia bolowego na obwodzie od czucia bolowego w narządach wewnętrznych, potrzeby uznawanej dotąd przez większość fizjologów i klinicystów. Tu i tam odczuwanie bolu nie jest związane z inerwacją komórek miąższowych czyli narządowych, służących innym celom, lecz raczej z unerwieniem interstycjalnej, międzymiąższowej najobficiej unaczynionej tkanki. Tu i tam mamy do czynienia z pobudliwością bolową, tu i tam ból zostaje nazewnątrz rzutowany i lokalizowany.

W nierównej mierze wyrażony stopień pobudliwości i ścisłość lokalizowania miejsca bolesnego w obrębach obwodowych i wewnętrzno-trzewnych, w odcinkach dalej i bliżej tułowia położonych znajdują swe wytłumaczenie, jedynie przy teleologicznem pojmowaniu przejawów życiowych.

Silny ból, który, jak widzieliśmy, stanowi urządzenie zapobiegawcze, obronne samozachowawcze dla ustroju w chwilach dlań groźnych, daje się, rzecz jasna, ściślej umiejscawiać na obwodzie, gdzie mu przychodzą z pomocą pewne mechanizmy ruchowoczuciowe (zmysł dotyku, *mechanosensibilitas* ruchliwych odcinków kończyn, mięśnie włosoruchowe), i gdzie czynnik bolotwórczy może być zmodyfikowany lub musi nieraz być bezwzględnie i natychmiastowo usuwany. Pod tym względem w najbardziej pomyślnych warunkach znajdują się najwrażliwsze odcinki, na kresach obwodu położone.

Bardziej rozlany i trudniej przeto umiejscawiany jest ból trzewny (przełyku, wątroby, trzustki, poprzecznicy), któremu jedynie pomocne są pod tym względem wspomniane trzewnoruchowe i trzewnoczuciowe odruchy skórne i mięśniowe.

Ale zasadniczo należy według mnie każde uczucie bolowe i jego liczne pochodne odmiany i równoważniki (uczucie palenia, swędzenia, wzdymania, ściskania, targania i rozciągania) zarówno na skórze jak wnętrznościach zaliczyć do domeny układu sympatycznego, który to układ — jeśli wolno korzystać z dalekiej i pospolitej analogji, jako ministerjum spraw wewnętrznych służy wyłącznie lub przeważnie dla nadzoru i opieki nad wewnątrznarządową gospodarką, nie należy zaś, jak się powszechnie przypuszcza, do systemu mózgowordzeniowego, tego ministerjum *par excellence* spraw zewnętrznych, dbającego głównie o stosunki ustroju i jego czynności zwierzęcych do otoczenia zewnętrznego.

Oczywista, że nie należy ze stanowiska porównawczo-anatomicznego przeciwstawiać zasadniczo jeden układ drugiemu[4]), gdyż embrjologicznie nerwy sympatyczne i parasympatyczne, jako części składowe systemu roślinnego z osi mózgowordzeniowej wyrastają i jej prawdopodobnie swoje pochodzenie zawdzięczają, w szczeblu rozwojowym będąc starsze od systematu zwierzęcego. Może i słuszność ma Dart, twierdząc, że dowolne poprzecznoprążkowane mięśnie mezodermalne są właściwie dermalnemi, które w przebiegu rozwoju filogenetycznego dodatkową otrzymały innerwację (mózgordzeniową), a przeto i nowe właściwości fizjologiczne i morfologiczne. W pewnych warunkach mogą te ostatnie zniknąć, mianowicie, gdy inerwacja animalna zostaje wyłączona sztucznie, lub wypada samoistnie, a tylko sympatyczna pozostaje czynną (wystąpienie podczas rdzeniowego zaniku sympatycznych skurczów, leniwych i wydłużonych, przy elektryzacji mięśnia, dotkniętego odczynem zwyrodnienia, drgań włókienkowych, wzmożonej pobudliwości mechanicznej).

[4]) H. Higier. Uczucie bolu w narządach wewnętrznych. Gaz. Lek. 18. 1912. — H. Higier. Z farmakodynamiki i patologji ogólnej układu wegetatywnego. Medycyna 1913.

W zakończeniu tego krótkiego szkicu chciałbym sprostować pewne pozorne sprzeczności, a niedomówienia uzupełnić. Z rozmysłem, aby nie gmatwać zbytnio sprawy, nie przeprowadzałem nigdzie ściśle granicy między układem sympatycznym i parasympatycznym, a musimy sobie uświadomić, że są one ściśle ze sobą powiązane, (np. narząd pokarmowy), — by najbardziej przystępny przykład cytować — kieruje swoje czucia bolowe w stronę aparatu środkowego — nie wyłącznie przez nerw współczulny ale i przez błędny.

Również rozmyślnie wszędzie akcentowałem jedynie uczucie bolu, pozostawiając na drugim planie zmysł ciepłoty, uczucie łechtania i swędzenia, lubieżności i rozkoszy, głodu i pragnienia, by nie zaciemniać jasności rozumowania i ciągłości argumentacji. Pozostałych wrażeń zmysłowo-czuciowych, ze strony świata zewnętrznego pochodzących, wogóle w zakres rozważań swoich nie wciągałem, mimo iż zdaję sobie dokładnie sprawę z tego faktu, że liczne podniety ze świata otaczającego dopływające i naogół lekceważone, posługują się tu i ówdzie pośrednio tymże systemem roślinnym, aby wpływać bardzo intenzywnie na organizm, zwłaszcza na jego *vasomotorium, trophicum, endocrinium* i na skład fizjochemiczny soków i płynów.

Za tem przemawia ogrom odruchów psychowegetatywnych i czuciowo-wegetatywnych (Glaser), by tylko wspomnieć o najczęstszych, o wpływach ruchu powietrza, jego stanu wilgotności, siły promienienia, ciśnienia atmosferycznego, górskiego, morskiego, leśnego na czynności utleniające, fermentatywne, katalityczne, wewnątrzsekrecyjne i przemiany materji wogóle.

Mnie na razie wyłącznie o to chodziło, aby podkreślić, że ból jako taki jedynie do formy sympatyczno-autonomicznej zaliczać by należało, wbrew temu co w fizjologji i patologji ogólnej za nieomylny pewnik uchodzić zwykło, że należy jedynie do domeny mózgowo-rdzeniowej.

SPRAWOZDANIA POGLĄDOWE.

Dr. Jakób PUTERMAN. Sosnowiec.

Z dziedziny biologji seksualnej.[1]).

„La greffe[2]) n'est pas un aphrodiasaque".
Voronoff.

Orzeczenie to Voronoffa przytaczam jako motto z tego względu, żeby na samym wstępie sprostować niewłaściwe poglądy, oraz odeprzeć przewrotne sądy, jakie dotychczas panują o zabiegach Steinacha i Voronoffa nietylko wśród laików, lecz niestety i wśród fachowców. Jak się Szanowni Koledzy przekonają, zabiegi badaczy tych skierowane są nietylko przeciwko niedołęstwu starczemu, lecz również przeciwko rozmaitym zboczeniom ustrojowym w zależności od zaburzeń tych lub owych gruczołów dokrewnych. Oto przykłady: młodzieniec 15-letni z wrodzonym idiotyzmem i obrzękiem śluzowatym odzyskuje po przeszczepieniu mu tarczycy szympansa inteligencję, a następnie i zupełną zdolność do służby wojskowej. Miałem sposobność być obecnym przy próbie doświadczalnej leczenia cukrzycy przez Voronoffa drogą chirurgiczną (przeszczepienie trzustki).

Że prace badaczy tych, które niemało przyczyniły się do wyświetlenia wielu dotychczas ciemnych spraw na polu biologji seksualnej, są przez świat naukowy poważnie traktowane, najlepszym dowodem jest to, że Voronoffowi dla jego doświadczeń biologiczno-chirurgicznych powierzona została obszerna pracownia fizjologiczna, przez tak poważny instytut, jak Collège de France, w której, jak wiadomo, ongi wykładał wieszcz nasz Adam Mickiewicz i skąd wyszły wiekopomne prace Claude-Bernarda, Brown-Sequarda, Gleya i wielu innych znakomitości.

Sprawą tą zajmują się obecnie powagi naukowe nietylko we Francji lecz i falkultety lekarskie w Rzymie, Neapolu, w Padwie, w Hiszpanji, Portugalji, w Niemczech, Anglji, Rosji i w Ameryce. Z Ameryki komunikują, że w przytułku dla starców stosowano z wynikiem dodatnim zabiegi Voronoffa w kilkudziesięciu przypadkach w celu przywrócenia niedołężnym dotychczas osobnikom zdolności do pracy. Do roku 1923 dokonano wogóle przeszło 60 operacji metodą Steinacha z 90—95%-ym wynikiem dodatnim. W ciągu 5-ciu lat ostatnich dokonano u ludzi metodą Voronoffa 300 operacyj. Ujemny wynik w trzech odsetkach zależał od znacznego wycieńczenia ustroju, niezdolnego już do reagowania na hormony przeszczepionego gruczołu. Przeciętnie dodatni wpływ zabiegu trwał do 3 lat.

Po tym krótkim wstępie przystępuję do rzeczy.

Problemat życia, a głównie starości i śmierci od wieków nie przestawał zajmować umysłów badaczy i filozofów. Właściwie pojęcie długowieczności w stosunku do rozmaitych jestestw jest względne. Zarówno w świecie roślinnym, jak i zwierzęcym istnieje wielka jej rozmaitość.

Istoty jednokomórkowe (pierwotniaki) stale się odnawiają przez podział komórek i nigdy nie umierają. Woodruff z jednej izolowanej infuzji naliczył w ciągu 13 lat 84000 generacyj bez skłonności do zatrzymania się dalszego podziału komórek. „Niema starości ani śmierci komórkowej, mówi Gley, jest tylko niedostateczne odżywianie komórek, albo ich zatrucie odpadkami przemiany materji, zanieczyszczającemi środowisko, wśród którego żyją". Że komórki, tkanki, a nawet narządy całe mogą być utrzymane przy życiu poza ustrojem przez czas nieokreślony, dowodzą doświadczenia Carella i Fischera. Ostatnio Zweibaum demonstrował hodowle śledziony, sieci królika, psa i kota, *in vitro* w różnych okresach ich rozwoju, oraz hodowlę fibroblastów na włóknach waty (metodą Fischera). Utrwalone preparaty takich hodowli zawierały liczne figury mitotyczne, co przemawia za możliwością rozmnażania się komórek w odpowiednich środowiskach. Serce kurczęcia, umieszczone w odpowiedniem środowisku, wykonywało skurcze rytmiczne w ciągu 100 dni. Gdy skurcze te stały się słabsze i nieprawidłowe, przemycie serca płynem odżywczym wróciło mu poprzednią energję życiową.

„Starość nie koniecznie musi być przeznaczeniem żywej materji, mówi dalej Gley. Od fatalności starzenia się ochronione są jestestwa, które zachowują niezmienną zdolność rozwoju i rozrostu".

Przechodząc do ustrojów bardziej złożonych i pomijając tutaj sprawę różniczkowania się komórek ustrojowych, sprawę ewolucyjną, jako rzecz zbyt obszerną i nie wchodzącą w zakres niniejszej pogadanki, powiem tylko, że ustroje takie zachowują zdolność rozwoju do pewnego tylko kresu życia i że wśród nich długowieczność osobników często bywa zależna z jednej strony od siły rozrodczej, jaką obdarzony jest odnośny gatunek zwierzęcy, z drugiej zaś strony od rozmaitych okoliczności, które mniej lub więcej przyczynić się mogą do utrwalenia ciągłości jego bytu. Często też się spostrzega, że im więcej zdolności do rozmnażania się okazuje dany gatunek zwierzęcy, im bardziej warunki sprzyjają utrwaleniu jego przechowania się, tem krótszy bywa żywot poszczególnych jego osobników. „Wszystko dla gatunku, nic dla osobnika", mówi Schopenhauer. Wśród gryzoniów, jak wiadomo, niezmiernie szybko się rozmnażają szczury (z jednej pary w ciągu 3 lat tworzyć się może wielkie stado, liczące około 3 miljonów sztuk), to też szczur przeciętnie żyje tylko 2—2½ lat, natomiast rozmnażanie się naprz. słonia jest nieznaczne: samica wydaje na świat jedno młode po roku i 3 miesiącach, przeciętny też wiek słonia jest 150—180 lat.

Prawo to natury odnośnie do przechowywania gatunków zwierzęcych najbardziej uwydatnia się pośród niektórych owadów, u których samiec ginie bezpośrednio po zapłodnieniu samicy. U pewnego gatunku pająków, samiec po dokonaniu aktu zapłodnienia, jako już zbyteczny, zostaje skonsumowany przez swą połowicę.

Co się tyczy długowieczności człowieka, to w stosunku do długowieczności pewnych roślin i zwierząt, przeciętny wiek życia ludzkiego wydaje się znikomym. W Kalifornji naprz. zachowane zostały olbrzymie jodły *(sequoja gigantea)* liczące po 5000 lat; cis szkocki ma 3000 lat; na Cejlonie drzewo figowe ma przeszło 2000 lat, nie wspominam o roślinach, które przechowują się po 1500 lat (dęby), po 800—700 lat (kasztany z Etny, cedry libańskie, drzewa oliwkowe). I pośród zwierząt nie brak okazów z okresami długowiecznego życia, aczkolwiek nie dorównywującego wiekowi wymienionych roślin. Słoń, jak wzmiankowaliśmy żyje 150—180 lat; wieloryb 170—200; pośród ptaków wrona żyje 150 lat, łabędź 150—200, pośród ryb i gadów karp 120, szczupak 300 i więcej, krokodyl 150—200; żółw 200.

Według Miecznikowa człowiek właściwie powinien żyć 150—160 lat. Do przedwczesnej starości i śmierci człowieka poza zboczeniami konstytucjonalnemi, zmniejszającemi odporność ustroju przeciwko czynnikom chorobotwórczym, przyczyniają się według badacza tego pewne narządy szczątkowe, pomiędzy niemi głównie wyrostek robaczkowy, który już był przyczyną niejednej katastrofy ludzkiej, dalej jelito grube, jako pozostałość po antropoidach, którym narząd ten był potrzebny jako zbiornik do przechowania kału w ciągłej walce o byt. W jelicie tem gnieździ się

---

[1]) Według odczytu, ilustrowanego przeźroczami i wygłoszonego na posiedzeniach T-wa Lekarskiego Zagłębia Dąbrowskiego dn. 16. grudnia 1925 oraz Częstochowskiego dnia 9. stycznia 1926 r.

[2]) Mowa o szczepieniu gruczołów płciowych.

128 tryljonów rozmaitych bakterji tak, że 1/3 część kału składa się z samych bakteryj. Pewna część tych bakterji jadnem swym zatruwa układ nerwowy i to samozatrucie jelitowe ma być głównym powodem przedwczesnej starości i śmierci. Środkiem skutecznym w walce z przedwczesną starością, według Miecznikowa, byłoby usunięcie jelita grubego. Lecz jakieby, pociągnęło za sobą skutki usunięcie tego rezerwuaru kału, łatwo odgadnąć. Z tego też względu Miecznikow zalecał środki, zwalczające szkodliwe bakterje jelitowe (kwaśne mleko, Yoghurt). Zdaniem również Miecznikowa przedwczesne wyczerpanie fizyczne przy zachowaniu jeszcze zupełnem sił psychicznych jest głównym powodem trwogi, jaka spostrzegać się daje u ludzi w chwili zbliżającego się zgonu. Trwogi tej nie byłoby, gdyby śmierć nastąpiła wówczas, kiedy równolegle z zanikiem sił fizycznych zanikają i siły psychiczne i kiedy jednocześnie instynkt życiowy stopniowo wygasa. W młodości instynkt życiowy jeszcze mało jest rozwinięty, wzmaga on się stopniowo w miarę rozrostu ustroju, tem się objaśnia brak w wieku młodzieńczym trwogi przed śmiercią, odwaga oraz częste stosunkowo samobójstwa młodzieńców.

Wzmiankowaliśmy wyżej, że od wieków umysły badaczy zaprzątane były kwestją starości i śmierci.

I dotychczas, można powiedzieć, kwestja ta nie schodzi z porządku dziennego. Dotychczas nie przestaje nas trapić myśl o naszej bezradności wobec przejmujących oznak starości, wobec widoku postaci zgarbionej, trzęsącej się, o policzkach obwisłych, twarzy pomarszczonej, oczach zamglonych z obwódką starczą *cercle senile)*, o ruchach ociężałych, ustach na wpół otwartych, o pamięci osłabionej, i wielu jeszcze innych objawach niedołęstwa starczego. Marzenia też o odmładzaniu i przedłużaniu życia ludzkiego opanowały ludzi od niepamiętnych czasów. Dla zrealizowania tych marzeń alchemicy szukali rozmaitych środków: eliksyry długiego życia, trawy, diety różne, napoje czarujące i wiele innych specyfików miało służyć do walki z niedolami ludzkiemi. W wieku XVI. alchemik Theofrastus Paracelsus, profesor Uniwersytetu w Bazylei głosił, że zadaniem chemji nie jest robić złoto, lecz przygotowywać lekarstwa. W głębokiej tajemnicy kusił on Boga i szatana, poszukując tajemnicę złotego trunku *„(aurum potabile)*, który miał przedłużyć życie" w nieskończoność. Nawet w alkoholu, pozbawiającym jakoby trosk życiowych, upatrywano środek, mogący przedłużyć życie ludzkie. Jako przykład przytaczano chirurga Politmana, który dożył 140 lat, a jeszcze w przeddzień śmierci operował żonę swoją na raka. Otóż chirurg ten całe życie nie był trzeźwy. Lecz jakie pociąga za sobą skutki nadużycie alkoholu, nie potrzebuję chyba o tem szerzej się rozwodzić, jak również o zupełnej bezwartościowości wymienionych specyfików.

Pewną erę w lecznictwie niektórych spraw stanowi opoterapja, którą już posiłkował się Hipokrates, zapatrując się na nią jako na najracjonalniejszą. Jeszcze przed Hipokratesem ludzie przedhistoryczni instynktownie spożywali jądra byków nie tyle w celu wzmożenia sił rozrodczych, ile w celu wzmocnienia sił fizycznych. Dalej wiadomo, że w tym samym celu dawali Arabowie do spożywania małym dziewczętom jądra tygrysie, oraz lwie serca. Grecy i Rzymianie spożywali jądra i nasienie ośle w celu wzmożenia sił fizycznych i seksualnych. Starożytni Hebrajczycy leczyli wściekliznę ludzką wątrobą psa wściekłego. Mitrydates Pontejski uodparniał się przeciwko rozmaitym jadom w ten sposób, że pił krew kaczek, które karmione były odnośnemi jadami. Istniał też niegdyś słynny środek lekarski Mitrydat zwany *(Elektuarium Mitridatis)*, złożony z 54 różnych substancyj i uważany głównie za odtrutkę powszechną. Przeszło 1000 lat temu posługiwano się substancją jądrową przy osłabieniu seksualnem, substancją płucną przy chorobach płuc, łożyskiem przy słabych bolach porodowych.

Na właściwe tory naukowe weszła opoterapja z chwilą, kiedy poznano rolę gruczołów dokrewnych. Naukę tę poprzedzał szereg prac zawierających przeważnie wskazówki czysto higieniczne, że wspomnę o *„Discorso sulla vita sobria"* Ludwika Cornaro, *„La Macrobiotique ou l'art de vivre longuement"*, Wilhelma Hufelanda, *„L'art de prolonger la vie"* Pflügera, *„La vieillesse et les dysharmonies de la Nature"* Miecznikowa, *„La Longévité"* *Finota*.

Bliższe poznanie funkcji gruczołów dokrewnych, stanowiących główny mechanizm życiowy, datuje się dopiero od 40—50 lat. Do tego czasu przypuszczano, że narządy nasze spełniały funkcje swe pod wpływem pewnego wrodzonego stale czynnego bodźca życiowego. Funkcjami psychicznemi zarządzał mózg; serce i naczynia krwionośne zabezpieczały ustrojowi krążenie krwi i t. d., przytem każdy narząd przeznaczony do danego celu, rządzony był przez układ nerwowy.

Ta prosta koncepcja maszyny życiowej obalona została przez Claude Bernarda, który pierwszy doświadczalnie stwierdził rolę endokrynną wątroby. Poczem już nauka o gruczołach dokrewnych szybko potoczyła się naprzód pod wpływem innych prac, z pośród których dominujące miejsce zajmują prace Brown-Sequarda. Prace te stwierdziły, że mózg nie jest narządem automatycznym, że sam przez się, bez powstania w jego komórkach odczynu biochemicznego pod wpływem wydzieliny tarczycy i gruczołów płciowych nie jest w stanie wytwarzać myśli, że mózg pozbawiony tej sekrecji nie spełnia należycie swej funkcji odnośnie do wpływu swego na rozwój i stan zarówno somatyczny jak i psychiczny. Stwierdzono dalej, że wyłuszczenie gruczołów przytarczycznych zwierzęciu powoduje śmierć jego przy objawach drgawkowych, że hyperfunkcja tarczycy powoduje chorobę Basedowa, zaś hypofunkcja — obrzęk śluzowaty, że niedomoga nadnerczy powoduje chorobę Addisona, że pod wpływem hyperfunkcji przysadki mózgowej powstaje akromegalja, zaś hypofunkcji *dystrophia adiposo-genitalis*. Nie zatrzymując się dłużej nad niejasną jeszcze dotychczas funkcją ciałka szyszkowatego, nad bardziej już znaną rolą trzustki i wątroby, przejdę do roli gruczołów płciowych, stanowiącej właściwą treść niniejszej pogadanki.

Gruczoły płciowe z pośród wszystkich innych gruczołów dokrewnych odgrywają w życiu jestestw rolę dominującą, rolę tak doniosłą, że według Sellheima, już sama tendencja ze strony zarodka do ukształtowania się płci wystarcza do powstania we krwi matczynej odnośnych hormonów płciowych, przyczem hormony jądrowe, jako poniekąd obce dla ustroju matczynego dają się stwierdzić serologicznie za pomocą bardzo subtelnej metody alkoholowej Lüttge-Mertza, tak że u 99% przypadków udaje się przepowiadać płeć płodu w najwcześniejszych okresach życia zarodkowego. Gruczoły te głównie stanowią o osobowości, o gatunku zwierzęcym, nadając mu swoiste cechy. Nietylko cechy somatyczne, cały świat psychiczny, cały obraz myśli stanowią poniekąd wtórne cechy płciowe w zależności od hormonów seksualnych. Pod wpływem hormonów tych, pewne cechy psychiczne są wyraźniej zaznaczone u mężczyzny, inne zaś u kobiety: twórczość naprz. muzyczna (kompozytorstwo), logiczny sposób myślenia są więcej przywilejem mężczyzn, natomiast kobiety więcej obdarzone są pamięcią, intuicją. Słowem świat psychiczny mężczyzny i kobiety różnią się nietylko ilościowo, lecz i jakościowo.

Od stanu funkcjonalnego gruczołów płciowych często zależny jest stan funkcjonalny innych gruczołów dokrewnych: przerwa funkcji gruczołów płciowych u kobiet naprz. podczas ciąży często ma za następstwo dysfunkcję całego szeregu innych gruczołów dokrewnych, jak przysadka mózgowa (objawy akromegalji i hemianopsji bitemporalnej), trzustka (glikozurja), gruczoły przytarczyczne (tężyczka), nadnercza (pigmentacja skóry), powiększenie tarczycy. Bychowski porównuje cały układ endokrynny z orkiestrą symfoniczną, w której rola dyrygującego przypada gruczołom płciowym. Wprawdzie mówi on, orkiestra grać może i bez dyrygującego, lecz wprawne ucho muzykalne, wnet uchwyci brak rytmu muzyki która niebawem przejść może w chaotyczną dysharmonję.

Gruczoł płciowy, (jądro, i jajnik), składa się z dwóch różnorodnych pod względem budowy i czynności substancji rozrodczej w ścisłem znaczeniu, a raczej produkcyjnej i z śródmiąższowej z komórkami Leydiga (Leydigs Zwischenzellen). Gdy przeznaczeniem pierwszej substancji jest dostarczenie życia nowemu jestestwu, utrzymanie ciągłości życia danego gatunku zwierzęcego, substancja druga — śródmiąższowa, stanowi właściwy gruczoł wewnętrznej sekrecji, która za pośrednictwem krwi roznosi się do wszystkich niemal tkanek ustrojowych, dostarczając im energję życiową. Ten właśnie gruczoł, który Steinach nazywa gruczołem młodzieńczym *(glandula pubertatis)* wielką odgrywa rolę w zabiegach Steinacha, Maksa Thorek i innych[3]).

Jeszcze w końcu 18 wieku lekarz i filozof Kabanis pierwszy zwrócił uwagę na rolę, jaką odgrywają gruczoły płciowe w okresie dojrzewania, a mianowicie na wpływ ich na powstanie wtórnych cech płciowych. W roku 1889 Brown-Sequard pierwszy przeprowadził na samym sobie doświadczenie nad działaniem wydzielin tych gruczołów. Mając lat 72 zastrzyknął sobie wyciąg z jąder króliczych i doznał znakomitego wzmożenia zarówno sił fizycznych, jak i psychicznych.

Dalsze badania i spostrzeżenia coraz bardziej ujawniały rolę gruczołów płciowych w życiu jestestw. Byk po kastracji obok

---

[3]) Uwaga. Diametr Kanalików nasiennych jądra równa się 1/10 do 2/10 milimetra. Kanaliki są zwinięte i tak ułożone, aby jak najmniej miejsca zajmowały. Gdyby je wyprostować, to każdy kanalik miałby około 1 metra długości, wszystkie zaś ułożone wzdłuż zajęłyby około 1 kilometra.

Komórki Leydiga mają 15—30 μ. Według Retterera zawierają one pigment żółty lub brunatny i kulki tłuszczowe.

utraty zdolności rozrodcznej traci energję życiową; gdy dziecko da sobie radę z całem stadem wołów, kilku nieraz silnych mężczyzn nie poradzi sobie z jednym bykiem. Stwierdzono, że mózg wołu jest biało-matowy, z odcieniem żółtawym, gdy mózg byka jest błyszczący, jak porcelana. Zawartość glikogenu w mięśniach zwierząt niekastrowanych jest większa, niż u kastrowanych, skąd u pierwszych większa energja skurczów mięśniowych. Mięso niekastrowanych zwierząt (byków, kozłów, baranów) jest ciemne, twarde i włóknach mięśniowych krótkich, gy u kastrowanych jest ono jasno-czerwone o włóknach długich. U osobników, którzy byli kastrowani w wieku dziecięcym spostrzegać się daje jak u eunuchoidów szereg objawów w zależności od braku hormonów jądrowych; słaby porost włosów, zmarszczki na twarzy, nieprawidłowy stan kośćca, mała czaszka, szeroka miednica, nieproporcjonalność kończyn w stosunku do tułowia, opóźnianie kostnienia chrząstek, opieszałość sprawy przemiany materji, skupienie tłuszczu w miejscach nieodpowiednich, osłabienie funkcji płciowej, upośledzenie funkcji psychicznej, osłabienie pamięci energji i inicjatywy. Zaburzenia niektóre przypisać należy po części niedomodze innych gruczołów dokrewnych: tarczycy, przysadce mózgowej, z któremi gruczoły płciowe znajdują się w ścisłej korrelacji. Rolę gruczołu młodzieńczego starali się uwydatnić szeregiem doświadczeń Steinach i Max Thorek. Zabiegi ich polegały na niszczeniu kanalików nasiennych i zachowaniu tkanki śródmiąższowej. W tym celu kastrowanemu zwierzęciu przeszczepiono własne jego jądro pod skórę lub do jamy brzusznej. Jako skutek tego zabiegu stwierdzono po upływie pewnego czasu objawy hyperfunkcji gruczołu młodzieńczego, przedewszystkiem wzmożony popęd płciowy operowanego zwierzęcia. Zaś badanie histologiczne tego jądra stwierdziło rozrost tkanki śródmiąższowej kosztem zanikłych kanalików nasiennych. Max Thorek przed przeszczepieniem poddał jądro działaniu promieni X, ażeby zniszczyć kanaliki nasienne i uzyskać proliferację tkanki łącznej. Pod wpływem jąder takich, przeszczepionych kastrowanym zwierzętom do okolicy nerek, powstały u nich wtórne cechy płciowe i wzmożenie popędu płciowego. Przez przeszczepienie zwierzęciu kastrowanemu gruczołów płciowych innej płci udało się Steinachowi przekształcić płeć operowanego zwierzęcia: samca w samicę i *vice versa*. U zwierząt niekastrowanych zabieg ten pozostał bez skutku; przeszczepiony gruczoł uległ zanikowi. U płciowo-niedojrzałych kastrowanych samców, którym przeszczepiono jajniki, obok zaniku wtórnych cech płciowych właściwych samcowi oraz zahamowania rozwoju zewnętrznych narządów płciowych znacznie się rozwinęły gruczoły mleczne, tak, że taki zniewieściały, samiec, był w stanie zastąpić potomstwu karmicielkę i opiekunkę. Znaczenie gruczołu młodzieńczego bardziej jeszcze uwydatnia się w tak zwanej parabiozie. U kastrowanego zwierzęcia, przyszytego (przyłączonego) do niekastrowanego tej samej płci, zewnętrzne cechy płciowe zostały zachowane. Drogą parabiozy udało się zmienić płeć kastrowanego zwierzęcia. U jednej ze zrośniętych ze sobą sióstr Blascheck stwierdzono powiększenie gruczołów mlecznych, gdy druga zaszła w ciążę. Przez przeszczepienie kastrowanym zwierzętom męskich i żeńskich gruczołów płciowych udało się wywołać obojnactwo (hermafrodytyzm), przyczem intensywność rozwoju tych lub owych wtórnych cech płciowych oraz odnośnego popędu płciowego była w ścisłej zależności od ilości tych lub owych elementów płciowych. U homoseksualistów stwierdzono w substancji gruczołu płciowego twory, przypominające elementy innej płci. Lichtensternowi i Mühsamowi udało się wyleczyć homoseksualistów drogą operacyjną: przeszczepieniem normalnych jąder na miejsce nienormalnych. Brak szybkiego efektu po zabiegu takim zależy, według Iszlondskiego od tego, że nieprawidłowe odruchy seksualne, które utrwalone zostały w mózgu pod wpływem hormonów dwupłciowego gruczołu nie mogą odrazu zniknąć, na to potrzeba pewnego okresu czasu i pewnej metodycznej kuracji. Homoseksualizm wobec tego traktować należy jako zboczenie, polegające na obecności u danego osobnika dwupłciowego gruczołu. Właściwie każda płeć posiada dwupłciowy gruczoł, lecz w różnym stopniu rozwoju elementów płciowych. Przedstawiciele obu płci rozwijają się z jednej ogólnej bezpłciowej postaci. Od ilości tych lub owych elementów płciowych zależny jest ten lub ów typ człowieka; krańcową męskość lub krańcową kobiecość, aż do różnych postaci przejściowych do t. zw. mężczyzn zniewieściałych lub niewiast mężnych (t. zw. *hic mulier*) przypisać należy przewadze jednych lub drugich elementów płciowych. Zależnie od ilości przeszczepionych elementów płciowych udało się Steinachowi kastrowane zwierzęta przekształcić w istoty z wysoce rozwiniętemi cechami płciowemi bądź męskiemi bądź żeńskiemi.

Opisane spostrzeżenia i doświadczenia posłużyły Steinachowi oraz Voronoffowi za punkt wyjścia do ich zabiegów biologiczno-chirurgicznych przy rozmaitych zboczeniach ustrojowych, powstałych na tle zaburzeń seksualnych.

Jak słyszeliśmy metoda Steinacha głównie polegała na wywoływaniu rozrostu tkanki śródmiąższowej kosztem zaniku kanalików nasiennych, co się często udawało po przeszczepieniu wykastrowanego gruczołu płciowego do ścianek jamy brzusznej. Ten sam wszakże efekt udało mu się osiągnąć bez kastrowania zwierzęcia przez przerwanie odwodzących dróg nasiennych zapomocą podwiązania lub wycięcia nasieniowodu *(ductus deferens)*. Wyniki tego ostatniego zabiegu, stosowanego u ludzi były dość zachęcające, często bowiem stwierdzono po podwiązaniu nasieniowodu u osobników, będących w wieku podeszłym, bardzo już wyczerpanych — przypływ energji, rzeźkość, wzmożenie sił fizycznych i psychicznych, świeże owłosienie, w miejscach uprzednio już wyłysiałych, lepsze ukrwienie mięśni i narządów wewnętrznych, wzmożenie funkcji serca i płuc, wzmożenie łaknienia, powiększenie wagi, wzmożenie funkcji seksualnej, uprzednio już wygasłej.

Dodatnie wyniki u ludzi po zabiegach metodą Steinacha otrzymali Dr. N o w a k o w s k i (XVIII Zjazd chirurgów polskich w 1921 r.) oraz Dr. Węgłowski (Lwowskie Towarzystwo lekarskie 10 listopada 1922 r.).

Zupełnie odmienną metodą dla swych doświadczeń oraz dla celów leczniczo-odmładzających posiłkował się Voronoff. Uznając w całej rozciągłości ideę opoterapji Brown-Sequarda, Voronoff nie mógł się pogodzić ze składem oraz sposobem zaaplikowania preparatów gruczołowych. Doustne lub podskórne stosowanie preparatów, pod względem chemiczno-biologicznym małowartościowych, nie może być inaczej traktowane, jak słabo paljatywny środek efemeryczny. Długotrwałego, lata całe trwającego efektu opoterapeutycznych zabiegów można było oczekiwać od przyswojenia leczonemu ustrojowi gruczołów dokrewnych, stale funkcjonujących i zaopatrujących go w odnośne hormony, a raczej od utrwalenia w ustroju gruczołów żywych, zdolnych do dalszego produkowania w nim swych hormonów. A daje się to uskutecznić tylko zapomocą przeszczepienia do ustroju odpowiednio przyrządzonych gruczołów, pochodzących z ustrojów bądź tego samego gatunku zwierzęcego, bądź pokrewnego, zapomocą metody nazwanej przez Voronoffa endokrynoterapją chirurgiczną.

Co prawda idea szczepienia nie jest nowa. Szczepienia oddawna stosowane są w świecie roślinnym bądź dla ulepszenia gatunku roślin, bądź nawet w celach leczniczych, nieraz ratowano szczepieniem winnice od filoksery. Również w celach leczniczo-plastycznych oddawna stosowane są przeszczepiania różnych tkanek w świecie zwierzęcym i u ludzi. Co zaś do przeszczepienia gruczołów płciowych, to już Hunter w roku 1767 przeszczepił kurom jądra kogucie. Biolog z Marburga Harm w r. 1914 powziął myśl lokowania szczepionki przy gruczole płciowym i w tym celu u samca morświnki z objawami starczej impotencji usunął połowę jądra i przeszczepił na to miejsce jądro syna tejże morświnki. Wynik był bardzo efektowny: zjawił się silny poped płciowy, samiec stał się bardzo agresywny, prześladował on samiczkę nawet poza okresem ciekania (grzania się). W nasieniu stwierdzono liczne żywo poruszające się spermatozoidy. Wykonany wkrótce potem zabieg na drugim jądrze wypadł również z takim samym wynikiem. Skutkiem wszakże niedokładności technicznej, szczepionki w ciągu kilku tygodni uległy wessaniu. Szczepieniami również, jak słyszeliśmy, posługiwał się w swych doświadczeniach Steinach, Maks Thorek i wielu jeszcze innych badaczy. Za zasługę poczytywać należy Voronoffowi, że on pierwszy wykonywał doświadczenia swe nie na małych zwierzętach laboratoryjnych, lecz na dużych (na kozłach, baranach, psach, świniach, bykach, koniach), u których mógł ściśle określić wiek zwierzęcia, obserwować dokładniej przebieg objawów po zabiegach, poddawać przeszczepione gruczoły w różnych okresach czasu przebywania ich w nowym ustroju badaniom anatomicznym i ściśle określić zachodzące w nich zmiany w związku z zaobserwowanemi objawami fizjologicznemi ze strony szczepionego ustroju. Dalszą zasługą Voronoffa jest ulepszenie samej techniki zabiegu: ustalenia mianowicie ilości masy szczepionkowej, miejsca jej zaaplikowania w celu utrzymania dłuższej żywotności szczepionki, oraz pochodzenia a raczej jakości szczepionki.

Wbrew twierdzeniu niektórych autorów, że niema równoległości pomiędzy ilością tkanki wydzielniczej, a intensywnością jej czynności fizjologicnej, że wystarczy pewne minimum tkanki gruczołowej do zamanifestowania się działania hormonów, spostrzeżenia kliniczne stwierdziły, że ilość wyprodukowanych hormonów, a tem samem intensywność powodowanych przez nie objawów znajduje się w ścisłej zależności od ilości masy gruczołowej. Profesorowie Morro i Sacchi podają opis objawów somatycznych i psy-

chicznych u młodzieńca 9-letniego z hypertrofją lewego jądra. Otóż osobnik ten choć wzrostu umiarkowanego obdarzony był obfitem uwłosieniem twarzy i kończyn, mocno rozwiniętym układem mięśniowym, znaczną energją, dużą nad wiek swój inteligencją. Po usunięciu części tego jądra, owłosienie twarzy i kończyn znikło w przeciągu miesięcy, mięśnie osłabły, inteligencja obniżyła się do stopnia inteligencji młodzieńca jego wieku. Profesor Pende z Bolonji spostrzegał 19-letniego malarza o nadzwyczajnym rozwoju fizycznym i intelektualnym. Obdarzony on był 3 jądrami. Taki sam stosunek ilości masy gruczołowej do ilości produkowanych przez nią hormonów stwierdzono i u płci żeńskiej: dziewczynki jednoroczne dwu i trzechletnie z przerosłemi jajnikami miały wybitne cechy płciowe wtórne, menstruowały regularnie co miesiąc, po usunięciu zaś tych jajników menstruacje ustały. Z drugiej strony znane nam są głębokie zaburzenia u osobników z niedorozwojem gruczołów płciowych, o czem zresztą wyżej była już wzmianka. Spostrzeżenia te pouczyły Voronoffa, że nie należy niszczyć żadnej ze składowych części gruczołu płciowego, jak to czynili Steinach i Maks Thorek, lecz trzeba powiększyć całą masę gruczołową przez dodanie jeszcze jednego gruczołu, tembardziej, że dotychczas nauka nie wypowiedziała jeszcze ostatniego słowa, jakiej właściwie składowej części gruczołu płciowego przypada główna rola hormonalna. Gdy bowiem jedni przypisują czynność hormonalną śródmiąższowym komórkom Leydiga, lub komórkom podpórkowym Sertolliego, drudzy winią o to nasieniotwórcze komórki nabłonkowe[4]), a jeszcze inni upatrują w czynności tej udział całego gruczołu. Doświadczeniania zarówno na młodych jak i na starych zniedołężniałych zwierzętach przekonały Voronoffa o prawdziwości tej maksymy; o znacznym mianowicie rozwoju somatycznym u młodych i o zupełnem odmładzaniu ustroju zwierząt starych po dodaniu 3-go gruczołu. Młody kozioł z przeszczepionem jądrem trzeciem o wiele przewyższał brata swego tego samego miotu rozrostem kośćca, obfitością sierści, rozwojem układu mięśniowego, energją. Baran 12-letni, będący u kresu swego życia, zupełnie już niedołężny, apatyczny, o łysej zupełnie skórze, o trzęsących się nogach, dawno wygasłej sile rozrodczej, niemożności zatrzymania moczu i innych objawach starczych, po przeszczepieniu mu jądra młodego barana odzyskał siły młodzieńcze, energję, sierść obfitą, agresywność względem samicy, tak, że stał się ojcem zdrowego jagniątka. Po usunięciu mu szczepionki w celu poddania jej badaniu histologicznemu, baran ten stał się znów osowiałym, powróciły wszystkie wymienione objawy niedołęstwa starczego. Po ponownem przeszczepieniu mu gruczołu, wnet odzyskał wszystkie cechy młodzieńcze i znów został ojcem zdrowego jagniątka. Badanie histologiczne wyjętej uprzednio szczepionki wykazało zupełną jej żywotność, której wyrazem była proliferacja komórek.

Równoległość pomiędzy stanem histologicznym szczepionki i objawami fizjologicznemi szczepionego zwierzęcia stwierdzona została wielokrotnemi badaniami przez histologa Retterera szczepionek, usuniętych u operowanych zwierząt. Badania te stwierdziły początkowo niedostateczne odżywianie komórek gruczołowych, mianowicie pewne zwyrodnienie komórek nabłonkowych kanalików nasiennych. Okres ten nie zapowiadał jeszcze żadnych zmian w zachowaniu się operowanego zwierzęcia. Po upływie kilku miesięcy do roku stwierdzono nie tylko żywotność uwarstwienia kanalików nasiennych, lecz znaczne jego powiększenie i wypełnienie komórkami całego światła kanalików nasiennych do tego stopnia, że kanaliki te przyjęły kształt powrózków. Temu okresowi rozwoju histologicznego szczepionki odpowiadały objawy najintensywniejszej energji życiowej operowanego zwierzęcia. Po kilku latach nastąpił okres regresywny: tkanka siatkowata, następnie włóknista opanowała coraz bardziej szczepionkę, równolegle z temi zmianami histologicznemi stwierdzono objawy zmniejszenia się wewnętrznej sekrecji i stopniowy powrót zwierzęcia do dawniejszego stanu.

Powyższe doświadczenia na rozmaitych zwierzętach posłużyły Voronoffowi za punkt wyjścia do przeprowadzenia zabiegów swych na szerszą skalę w celach ekonomiczno-utylinarnych, służących do ulepszenia rasy nierogacizny, owiec (w Algierze), do odmładzania rasowych ogierów i byków w celach reprodukcyjnych.

Nasuwająca się obecnie kwestja, czy doświadczenia, wykonywane na zwierzętach, mogą być stosowane z równym skutkiem u ludzi, powinna do pewnego stopnia być rozstrzygnięta w sensie dodatnim. Prawo biologiczne jest ogólne dla rozwoju świata zwierzęcego i tyczy się rozmaitych jego przedstawicieli. Wprawdzie na różnych szczeblach drabiny zoologicznej spotykamy się z rozmaitą organizacją skomplikowaną i zarazem z wielką rozmaitością zjawisk fizycznych i psychicznych. Niemniej pewne analogiczne zjawiska konstytucjonalne upoważniają nas do wnioskowania o podobieństwie przebiegu odczynów biologicznych. Zjawiska, powstające pod wpływem wewnętrznej sekrecji są identyczne u rozmaitych jestestw. Obrzęk śluzowaty, jako objaw niedomogi tarczycy przejawia się jednakowo u ludzi i zwierząt, a ustępuje pod wpływem stosowania normalnej wydzieliny tego gruczołu. Hormony płciowe wywierają analogiczny wpływ dynamiczny na rozwój wtórnych cech płciowych somatycznych i psychicznych u ludzi i zwierząt. Dodatnie zatem wyniki otrzymane doświadczalnie na zwierzętach upoważniają nas do twierdzenia, że zabiegi biologiczno-chirurgiczne wypadną u ludzi również z wynikiem dodatnim.

Mając to na względzie Voronoff postanowił stosować metodę swoją również w celach leczenia i odmładzania ustrojów ludzkich. Jak wiadomo, zmiany starcze rozpoczynają się od zmniejszenia się komórek czynnościowych, swoistych dla poszczególnych narządów i kończą się na zastępstwie znikających stopniowo komórek tych tkanką łączną, a co zatem idzie, na stopniowem wyczerpaniu się funkcji odnośnych narządów. Zmniejszenie się funkcji gruczołów płciowych, a jednocześnie i funkcji korrelatywnych gruczołów dokrewnych właściwe jest starzejącemu się ustrojowi. U starców spostrzega się też poza zmniejszeniem się funkcji seksualnej, osłabienie pamięci, zwolnienie pracy umysłowej, utrudnienie wszelkich wysiłków mięśniowych. To też odzyskanie w wieku tym utraconej energji życiowej, odnalezienie radości życia, odroczenie starości tak deprymującej człowieka i wzbudzającej trwogę przed śmiercią, słowem odmładzanie ustroju, które zainicjowane zostało przez Miecznikowa i innych, zadanie to spełnić mogą tylko hormony młodego gruczołu płciowego, które podniecają bezpośrednio lub za pośrednictwem innych gruczołów dokrewnych czynność komórkową wszystkich naszych narządów najbardziej mózgu, a to z powodu większej jego wrażliwości na nowo-otrzymany bodziec. Należy wszakże dodać, że jeżeli hormony płciowe podniecaja prace komórek, to jednakże jej nie stwarzają, jeżeli więc komórki czynnościowe narządu są zniszczone, zwyrodniałe, samo się przez się rozumie, że funkcja hormonów pozostanie bez efektu: hormony podniecają tylko osłabione, lecz nie martwe komórki.

Wzmiankowaliśmy wyżej, że Voronoff kładł wielki nacisk na miejsce zaaplikowania szczepionki: nie może być obojętnem to lub owe miejsce, dokąd gruczoł zostaje przeszczepiony. Gruczoły przeszczepione pod skórę, pod mięśnie albo do jamy otrzewnej prędzej lub później skazane są na zagładę przez wessanie i tem samem na ustanie działania ich hormonów. Jądro ludzkie przeszczepione do tkanki tłuszczowej ścianki brzusznej przez Enderlina, do mięśni ścianki brzusznej przez Lichtensterna, utrzymało się przy życiu zaledwie 2 miesiące, przeszczepione do jamy otrzewnej przez Maksa Thorek — 13 miesięcy. Nie o wiele lepszy był wynik po przeszczepieniu jądra w okolicę nerek, jako w miejsce zarodkowego pochodzenia gruczołów płciowych.

Miejsce najodpowiedniejsze do zaaplikowania szczepionki, według Voronoffa stanowi narząd, najbardziej zbliżony do tkanki gruczołu szczepionego pod względem czynnościowym i odżywczym, narząd któremu natura zapewniła najodpowiedniejsze warunki bio-fizjologiczne. Myśl ta widać, oddawna kiełkowała u operatorów, gdyż operacje przeszczepienia jajnika do macicy kobiety, u których wycięto jajowody, wykonywano już w r. 1895. Ostatnio zabieg ten wykonywany był przez znakomitego chirurga paryskiego Hartmanna z wynikiem dobrym. 12% operowanych w ten sposób kobiet zaszło w ciążę, a prawie wszystkie menstruowały do czasu normalnego pokwitania. Badanie histologiczne wydobytej macicy u operowanej z powodu skrętu kiszek w 9 miesięcy po przeszczepieniu jajnika do macicy stwierdziło, że jajnik był zupełnie normalny i zdolny do wytwarzania jaj.

Dodatni wynik otrzymał również w r. 1895 Dr. Morrice u kobiety, której przeszczepił jajniki od innej kobiety.

Za miejsce najodpowiedniejsze do zaplikowania gruczołu jądrowego uważa Voronoff worek utworzony z surowiczej osłony pochwowej *(tunica vaginalis)*. Osłona ta, po odpowiedniem jej spreparowaniu, wydziela obfity wysięk, który stanowi należyty materjał odżywczy dla umieszczonej tam szczepionki do czasu powstania w niej nowych naczyń krwionośnych. Szczegóły będą opisane przy technice zabiegu szczepienia.

Olbrzymie znaczenie w utrzymaniu żywotności przeszczepionego gruczołu ma jakość a raczej jego pochodzenie. Pod tym względem rozróżnić należy trzy rodzaje szczepionek: 1) samoszczepionkę — autogreffe — pochodzącą od tego samego osobnika, 2) szczepionkę jednorodną — homogreffe — pochodzącą od osobnika tegoż gatunku zwierzęcego i 3) innorodną — heterogreffe — od osobnika obcego gatunku. Z pośród ostatniej grupy szczepionek Voronoff wyróżnia jeszcze 4-ą grupę t. zw. homeogreffe, szczepionkę pochodzącą wprawdzie od obcego gatunku, lecz bardzo po-

---

[4]) Według Retterera zdolność proliferacyjna właściwa jest tylko komórkom epiteljalnym kanalików nasiennych, z komórek tych w miarę zmniejszenia się ich żywotności powstaje dopiero tkanka łączna.

dobnego i zbliżonego swemi własnościami somatycznemi i fizjologicznemi do gatunku gruczołobiorcy.

Najwłaściwszą jest samoszczepionka — autoplastyka; wyniki otrzymane po autyplastyce znane są jako najpewniejsze, jak n. prz. transplantacja skóry lub kości na uszkodzone tkanki tegoż osobnika.

W sprawach seksualnych u ludzi może być mowa o bardzo rzadko zdarzającej się okazji transplantowania części nieuszkodzonego jajnika, po usunięciu włókniaka lub torbieli albo też w przypadku uszkodzenia urazowego, lub nieprawidłowej lokalizacji jądra, które musi być usunięte i przyłączone do drugiego zdrowego jądra.

Szczepionka jednorodna — (homogreffe-homoioplastyka) — pochodząca od tego samego gatunku posiada wszelkie szanse utrzymania się przy życiu w ustroju szczepionym. Stosowana u zwierząt bądź w celach doświadczalnych, bądź ekonomicznych (ulepszenie rasy zwierzęcej) zawsze dawała najlepsze wyniki. Niestety tego rodzaju przeszczepienia z człowieka na człowieka natrafiają na poważne przeszkody bądź natury socjalnej, bądź prawnej, bądź wreszcie zdrowotnej.

Drogocenny ten materjał nie zawsze daje się łatwo otrzymać w stanie pożądanym. Dobrowolnych ofiarodawców trudno znaleźć. Wprawdzie ostatnio rozwinął się w Zachodniej Europie swego rodzaju handel gruczołami płciowemi, niestety po cenach dla byle jakiego śmiertelnika niedostępnych. Dalej wchodzą tutaj w grę kwestje prawne. Według kodeksu prawnego zabronione jest dobrowolne ofiarowanie materjału, służącego do rozmnażania się rodzaju ludzkiego. Natomiast spożytkowanie w celach leczniczych narządów ludzkich, które z jakiejkolwiekbądź przyczyny muszą być usunięte, nie powinno być kwestjonowane, o ile na to wyraża swą zgodę narządodawca. Również nie powinno być zabronie prawnie posiłkowanie się narządami nie obumarłemi jeszcze, a pochodzącemi od nagle zmarłych osobników. Winienem tu dodać, że tkanki i narządy nasze nie umierają jednocześnie. Kolejna śmierć narządów jest następująca: mózg, serce, kości, włosy i w końcu gruczoły. Niestety cmentarze nasze zagrzebują wiele żywych jeszcze narządów. W Ameryce, a ostatnio i we Francji posiłkują się właśnie materjałem nagle zmarłych osób. Godne też zaznaczenia są pod tym względem propozycje biologów seksualnych (Weil w Berlinie), aby szpitale oraz lekarze w środowiskach większych, gdzie częściej są okazje korzystania z tego rodzaju materjału ludzkiego, stale byli ze sobą w styczności. Idzie bowiem nieraz o stosowanie materjału nie tyle w celach odmładzania, ile w celach leczniczych w ścisłem tego słowa znaczeniu. Pod względem przechowywania materjału wielką usługę oddaćby nam mogła hodowla tkanek metodą Carella, o czem była wzmianka. Niestety w sprawie wykorzystania materjału ludzkiego wchodzi w grę najważniejsza kwestja, a mianowicie kwestja patologiczna: nie zawsze łatwo jest sprawdzić, czy narządodawca wolny jest od spraw chorobowych, które wszak wraz z szczepionką mogą być przeniesione na narządobiorcę *(lues, tbc)*, zwłaszcza jeżeli szczepionka pochodzi od nagle zmarłego osobnika. Wobec powyższego *volens nolens* u ludzi trzeba się uciec do heteroplastyki. Badania kliniczne oraz doświadczenia na zwierzętach stwierdziły, że do heteroplastyki najlepiej się nadają tkanki tych zwierząt, które na drabinie zoologicznej nie są zbyt oddalone od siebie i posiadają pokrewne sobie cechy biologiczne. Do szeregu tego rodzaju zwierząt zaliczają się: koń-osioł, wilk-pies, dzik-świnia, zając-królik, i *sit venia verbo*-człowiek-antropoid.

Voronoff pierwszy wpadł na myśl wykorzystania dla ludzi materjału antropoidów, materjałem tym posiłkuje się on stale od r. 1920. On też pierwszy wprowadził termin *„homeogreffe"* od słowa greckiego *„homeos"* — podobny w odróżnieniu od *„homos"* — identyczny. Pokrewieństwo antropoidu z człowiekiem cechują własności embrjologiczne, anatomiczne, fizjologiczne, serobiologiczne oraz patologiczne.

Zarodek małpi od pewnego okresu rozwojowego zupełnie podobny jest do ludzkiego. Zbliżają antropoida do człowieka identyczna budowa kośćca (czaszki, uzębienia, górnych kończyn), taka sama postać mózgu (półkola mózgowe, przykrywające móżdżek) analogiczne własności hematologiczne), postać morfologiczna krwinek, odczyny serologiczne, precypitacyjne, skład humoralny, endokrynny); ta sama wrażliwość w stosunku do spraw zakaźnych *(lues, typhus)*. Szczepionka małpia więc znajduje w naszym ustroju te same warunki odżywcze, anatomiczne i biologiczne, które pozwalają jej zaaklimatyzować się w ustroju ludzkim. Zbytecznem będzie dodawać, że szczepionka antropoidnego pochodzenia naogół posiada większą wartość niż ludzka, pochodzi bowiem od zwierzęcia bliżej żyjącego z naturą, obdarzonego siłą bardziej dziewiczą, wolnego od chorób konstytucjonalnych. Syfilisem obdarzony bywa antropoid w naszym tylko lupanarze laboratoryjnym. Najbardziej pod względem anatomo-fizjologicznym zbliżony jest do człowieka szympans, poza tem goryl i orangutang. Początkowo Voronoff posiłkował się szczepionkami pochodzącemi od szympansów. Wobec tego, że małpy te są bardzo drogie i delikatne, używa on ostatnio szczepionki pawjanów i makaków. Gatunek tych małp jest bardzo silny, odporny na wszelkie zmiany klimatyczne i na wszelkie choroby zakaźne, posiada przytem wiele cech wspólnych szympansowi zarówno pod względem morfologicznym, jak i psychicznym oraz towarzyskim. Wielką rolę w utrzymaniu żywotności szczepionki odgrywa jej dojrzałość. Gruczoł niedojrzały niezdolny jest do produkowania potrzebnych ustrojowi szczepionemu hormonów. To też dzieci małpie nie mogą służyć do tego celu. Wiek życia małp równa się wiekowi naszemu. Najodpowiedniejszy wiek do zużytkowania materjału szczepieniowego jest 6—8 rok życia małpy. Wzmiankowano już, że dla otrzymania efektu po przeszczepieniu konieczne są również odpowiednie warunki ze strony poddającego się szczepieniu ustroju. Ustrój taki nie powinien być zbyt wycieńczony ani zbyt zgrzybiały, zwyrodniałe bowiem tkanki pozbawione są zdolności oddziaływania na bodźce hormoralne przeszczepionego gruczołu.

Przechodząc do zabiegów operacyjnych, przypomnę, że metoda Steinacha polega na doprowadzeniu do zaniku tkanki gruczołowej rozrodczej, a natomiast do rozrostu tkanki śródmiąższowej, co osiągnąć się daje przez przerwanie odwodzących dróg nasiennych zapomocą wycięcia lub podwiązania nasieniowodu. Zabieg ten jest bardzo prosty o ile unika się uszkodzenia blisko leżących naczyń i nerwów.

Zabieg Voronoffa, noszący nazwę *l'homeogreffe sexuelle antropoide-antropique*, jest już bardziej skomplikowany pod względem technicznym. Ma się tutaj właściwie do czynienia z dwiema jednocześnie, odbywającemi się operacjami: na zwierzęciu (gruczołodawcy) i na człowieku (gruczołobiorcy).

W odpowiedniej klatce doprowadza się zwierzę do ogólnego znieczulenia za pomocą chlorku etylu; po wyjęciu z klatki dalsze znieczulenie dokonywa się zapomocą chloroformu. Operacja na zwierzęciu powinna się odbyć jak i na człowieku pod ścisłą aseptyką. Mosznę przecina się do osłonki białawej jądra. Jądro nie może być przetransplantowane w całości, gdyż nie miałoby odpowiednich warunków odżywczych, dla tego też musi ono być rozkawałkowane na kilka płatów, po uprzedniem odseparowaniu najądrza. Jądro rozkawałkowane przez całą jego długość w kierunku strzałkowym na płaty grubości 1 cm., powinno pozostać do chwili przeniesienia ostatniego płatu na powrózku nasiennym, aby nie było pozbawione czasowo podczas operacji soków odżywczych. Po usunięciu u zwierzęcia ostatniego płatu i podwiązaniu powrózka nasiennego zeszywa się mosznę katkutem Nr. 2 i nakłada się opatrunek z waty i collodium (małpy opatrunku nie zrywają).

Zabieg na gruczołobiorcy. Zabieg może być ekstrawaginalny albo intrawaginalny. Po odpowiedniem przygotowaniu pola operacyjnego i znieczuleniu moszny (novocainą 1:100), rozcina się ją szeroko początkowo z jednej strony. Po rozwarciu przekroju ujawnia się *membrana cellulo-erythro-fibrosa* [5]), która pokrywa osłonę pochwową właściwą. Błonkę tę bierze się w 4 pincety Peana blisko linji środkowej i przekrawa się ją do osłony pochwowej. Zapomocą tępych nożyczek oddziela się tkankę tę od osłony pochwowej, którą łatwo rozpoznać z obfitej siatki naczyń. W powstałych w ten sposób dwóch zatokach *(culs-de-sacs)* pomiędzy *membrana cellulo-erythro-fibrosa*, a osłoną pochwową umieszcza się płaty szczepieniowe. W celu otrzymania osocza odżywczego od zewnętrznej powierzchni osłonki pochwowej, należy powierzchnię tę, obfitującą w naczynia, mocno podrażnić, bądź skaryfikując ją nożem, bądź rozdrapując szpilką. Płatów szczepieniowych zazwyczaj bywa 4 dla każdego jądra, każdy płat zostaje umieszczony w osobnej zatoce, końce ich przymocowuje się katgutem. Umieszczając każdy płat w oddzielnej zatoce, otrzymuje się lepsze warunki odżywcze; płaty nie powinny przylegać do siebie, aby w ten sposób każdy z nich mógł otrzymać naczynia ze wszystkich stron. Następuje zeszycie moszny i opatrunek. Usunięcie szwów po 7-miu dniach. Stosunek seksualny po 2—3 tygodniach. Różne anomalje *jak hydrocele vaginalis* [6]), *haematocele*, torbiel powrózka nasiennego, żylaki powrózka, przepuklina pachwinowa nie stanowią przeszkody do zabiegu. Powikłania pooperacyjne mogą być następujące: infekcja, haematoma, zgorzel moszny, ropienie, nietolerancja w stosunku do szczepionki. Przy krwiaku należy wprowadzić

---

[5]) Pod mianem membrana cellulo-erythrofibrosa Voronoff rozumie następujące osłonki jądra: fascia cremasterica, musculus cremaster, tunica vaginalis communis.

[6]) Przy hydrocele vaginalis dokonywa się zabieg intrawaginalny: przecina się również i osłonę pochwową właściwą jądra do osłonki białawej. Płaty szczepieniowe zawsze powinny być zwrócone powierzchnią gruczołową do surowiczej osłonki pochwowej.

dren, przy ropieniu szybko usunąć szczepionkę. Co do przeszczepienia jajników było ono stosowane bądź przeciwko jałowości, bądź w celu zwalczania zaburzeń po nagłej przerwie miesiączkowania u kobiet młodych po obustronnej owarjotomji. Pierwszy raz zabieg ten był wykonany przez Voronoffa u 68-mio letniej kobiety w r. 1923 z wynikiem pomyślnym. Najodpowiedniej lokować szczepionkę obok jajnika; przy przeszczepieniu jajnika małpiego dla uniknięcia zapłodnienia należy wyciąć część trąbki.

Wobec trudności technicznych zwłaszcza u kobiet z dużym podkładem warstwy tłuszczowej ścianek brzusznych, Voronoff umieszcza jajniki w głębi dużych warg płciowych w miejscu przyczepu wiązadła okrągłego. Wynik zabiegu tego, choć mniej efektowny niż u mężczyzny, jednakże nie jest bez dodatniego wpływu. Po skaryfikacji otrzymuje się odpowiedni płyn odżywczy dla szczepionki.

Efekt działania hormonów płciowych, otrzymywanych zapomocą opisanej metody szczepienia ujawnia się:

1) Przez objawy subjektywne: *euphoria*, wzmożenie sił fizycznych i intelektualnych, zdolność do pracy fizycznej i umysłowej, zanik uczucia zmęczenia i ogólnej niedomogi.

2) Przez objawy objektywne, dające się stwierdzić drogą obserwacyjną oraz zapomocą odpowiednich przyrządów: spadek ciśnienia krwi (Pachon), wzmożenie siły mięśniowej (dynamometr), zanik otyłości — skutkiem lepszej przemiany materji (waga), poprawa wzroku skutkiem lepszego napięcia mięśnia rzęskowego (oftalmoskop), zmniejszenie cholesterynemji — objawy starcze (chemiczne badanie krwi), lepsze uwłosienie (nieraz porost czarnych włosów), mniejsze pofałdowanie skóry i mniejsza jej suchość, zniknięcie zaburzeń moczowych *(nycturia, pollakurja, incontinentia urinae* — objawy prostatyczne), lepsza perystaltyka kiszek, zniknięcie niedomogi płciowej.

O autosugestji w tych razach według Voronoffa mowy być nie może, objawy bowiem odrastania sierści, ustąpienie zaburzeń moczowych, wzmożenie energji oraz siły rozrodczej i inne objawy odmładzania się ustroju stwierdzić się daje również u zwierząt uprzednio zniedołężniałych po omawianych zabiegach. Zresztą autosugestja powinnaby właściwie wystąpić wkrótce po zabiegu, tymczasem widzimy, że nim nastąpiła zupełna waskularyzacja szczepionki, istnieje pewien okres utajony, kiedy operowany nie doznaje jeszcze żadnego polepszenia, a skutki działania gruczołu przeszczepionego ujawniają się dopiero w jakiś czas po szczepieniu — po przyrośnięciu szczepionki. Stan ten najlepiej charakteryzuje szereg listów, otrzymanych przez Voronoffa od operowanych przezeń lekarzy, adwokatów, literatów. Pozwolę sobie przytoczyć pewne ustępy listów pisanych przez 67-letniego chirurga hiszpańskiego, który był operowany 19-go maja 1923 r.

„Od 2 lat, pisze ten chirurg, łatwo się męczę, jestem stale przygnębiony, smutny, bez zapału do pracy, którą z wielką trudnością wypełniam. Od 3—4 miesięcy z obawą przystępuję do poważniejszych operacyj, które przedtem wykonywałem bez większej emocji. Pamięć, jak również siły fizyczne zupełnie osłabły, mimo silnej mej budowy, stosunki seksualne od dwóch lat wygasły". Piętnaście dni po operacji powrócił do Hiszpanji i od tego czasu perjodycznie zawiadamiał Voronoffa o swym stanie zdrowia. Listy te znakomicie odzwierciadlają kolejno występujące objawy, jakie się zazwyczaj obserwuje po operacji. Brzmią one w tłumaczeniu dosłownem:

19-go sierpnia 1923 r. „Dziś minęły 3 miesiące od operacji. Przez ten czas nie zauważyłem jeszcze znacznych zmian, choć ostatnio czuję się nieco lepiej, jestem ruchliwszy, podniety płciowe lekko są zaznaczone".

14. września 1923. „Od 15 dni czuję się stanowczo silniejszym, powiedziałbym młodszym. Funkcje płciowe wzmagają się".

8. listopada 1923. „Donoszę Panu z radością, że coraz bardziej odczuwam skutki dobroczynne zabiegu pańskiego. Czuję się znacznie silniejszym, rzeźkim. Zdolność moja do pracy fizycznej i intelektualnej powiększyła się. Stosunki seksualne odbywają się prawidłowo".

1. stycznia 1925 r. „Od czasu zabiegu szczepieniowego jestem o wiele sprężystszy, energiczniejszy. Zdolności do zajęć moich wzmogły się, pamięć się znacznie polepszyła. Zewnętrzny mój wygląd, według słów otoczenia„ o wiele jest młodszy. Stosunki seksualne w dalszym ciągu prawidłowe.

Z objawów, występujących po zabiegu, widać, że pod względem produkowania i manifestowania się funkcji normalnej, szczepionka ulega tym samym prawom rozwojowym, co i gruczoł płciowy normalny. W dzieciństwie czynność hormonalna gruczołu płciowego nieznacznie tylko bywa zaznaczona. Wzmaga się ona stopniowo w okresie młodzieńczym i dosięga maksimum w okresie dojrzałym. Następnie po pewnym okresie czasu, czynność ta stopniowo maleje, aby w końcu zupełnie ustać. I po przeszczepieniu gruczołu przed nastąpieniem zupełnej waskularyzacji szczepionki spostrzega się pewien okres utajony, podczas którego czynność jej niczem się jeszcze nie manifestuje. Działanie zaś jej stopniowo się wzmaga, w miarę rozmnażania się i rozrostu w niej komórek, produkujących hormony. Żywotność szczepionki małpiej stwierdzona została histologicznie przez Retterera po 15 miesięcznym przebyciu jej w ustroju ludzkim.

Czynność szczepionki trwa lata całe, a po wyczerpaniu się tej czynności, ustrój, dzięki siłom nowonabytym, znajduje się bądź co bądź, w stanie lepszym, niż przed szczepieniem [7]).

Jak wzmiankowaliśmy zabieg przeszczepienia gruczołów płciowych ma na celu nietylko odmłodzenie ustroju, lecz również leczenie rozmaitych zboczeń w zależności od zaburzeń ze strony gruczołów tych i znajdujących się z nim w ścisłej korrelacji.

Oto szereg spraw chorobowych, w których stosowano metodę Voronoffa z pomyślnym jakoby wynikiem:

1. Obniżona zdolność rozrodcza *(infragenitalitas)* w zależności od zmian anatomicznych lub fizjologicznych.

a) zmiany anatomiczne: zboczenie położenia jądra *(ectopia testiculorum* u dzieci), wnętrostwo *(cryptorchia* u dorosłych), *eunuchoidismus*, obojnactwo *(hermaphroditismus)*.

b) Zboczenie fizjologiczne: brak popędu płciowego *(anandria)*; niedołęstwo męskie *(impotentia)*, brak wzwodu prącia pomimo istnienia spermy.

c) Zboczenie anatomo-fizjologiczne — brak nitek nasiennych *(azoospermia)*.

2. Choroby narządów płciowych: guzy, *hydro-hemato-varicocele*, sprawy infekcyjne: gruźlica, *orchitis, blenorrhoica, orchitis* jako powikłanie *parotitidis epidemicae, incontinetia urinae* jako objaw prostatyczny.

3. Choroby nerwowe i psychiczne: *neurasthenia sexualis*, psychozy w okresie dojrzewania i pokwitania — *dementia praecox* w zależności od dysfunkcji gruczołów płciowych (u młodych dementyków stwierdzono takie same zmiany co i u dementyków starych, a mianowicie zanik kanalików nasiennych, sklerozę tkanki śródmiąższowej, zmiany w komórkach Leydiga, co według Motto i Thorekáa wywiera ujemny wpływ na korę mózgową).

4. Wreszcie i pewne choroby skórne w zależności od obniżonej funkcji seksualnej udało się wyleczyć metodą szczepieniową.

Nim skończę pogadankę niniejszą chciałbym zwrócić uwagę Szan. Kolegów na inne jeszcze sposoby leczenia, które jakoby dawały takie same wyniki, co i opisane zabiegi. Stwierdzono, że na rozwój wewnątrz-wydzielniczych elementów gruczołów płciowych dobroczynny wpływ wywierają odpowiednio dawkowane promienie Roentgena. Leczenie promieniami Roentgena nadaje się zwłaszcza u kobiet, u których zabieg chirurgiczny nie jest tak dostępny, w dodatku nie tak łatwo o materjał szczepieniowy. Promienie Roentgena, niszcząc kanaliki nasienne, jako bardziej wrażliwe na te promienie, powodują rozrost tkanki śródmiąższowej, otrzymuje się więc ten sam efekt, co i po zabiegach Steinacha. Pomijam tutaj szereg środków, jak alkohol, nikotynę, jod i inne, które jakoby również wywierały wpływ na rozrost tkanki śródmiąższowej gruczołu płciowego; nie idzie nam o działanie ilościowe, lecz o jakościowe, a wiadomo, że środki te, jako jadowite powodują nie wzmożenie, lecz upośledzenie funkcji komórek.

Nie mogę na tem miejscu również ominąć milczeniem wpływu ciepłoty na rozwój dokrewnego gruczołu płciowego, co się udało Steinachowi stwierdzić drogą doświadczalną.

---

[7]) „Brak odnośnej literatury pozbawia mnie, niestety, możności podania uwag krytycznych innych autorów, co do wartości i trwałości metody Voronoff'a.

O ile wyniki dodatnie ulepszenia rasy oraz odmładzania zwierząt tą metodą, stwierdzone zostały badaniami klinicznemi i histologicznemi, o tyle, zdaniem mojem, sprawa odmładzania ustrojów ludzkich nasuwa pewne wątpliwości.

Na przedwczesne starzenie się ustroju ludzkiego nie mały wpływ wywierają często zboczenia konstytucjonalne bądź wrodzone, bądź nabyte, oraz zaburzenia nerwowo-psychiczne — czynniki, jakich zwierzęta najczęściej są pozbawione.

Wątpliwem mnie się wydaje, aby hormony szczepionkowe były w stanie usunąć ze starego ustroju powyższe zboczenia, zakorzenione w nim nieraz już od urodzenia.

Najczęściej zboczenia te wywierają wpływ ujemny na układ naczyniowy, powodując większe lub mniejsze jego zwyrodnienie, co ma za następstwo, szczególniej w ustroju starym, upośledzenie odżywcze tkanek ustrojowych.

Szczepionka, przez rozmaite manipulacje przygotowawcze do pewnego stopnia czynnościowo osłabiona, czerpiąc materjał odżywczy z niezupełnie normalnego składu osocza takich ustrojów, nie może, zdaniem mojem, nabrać tej żywotności i tej funkcji hormonalnej, aby w stanie była ożywiać funkcje całego układu endokrynnego i to przez lata całe, jak to chce Voronoff" (Sprawozdawca)

Szczury trzymane w ciepłocie 25—35° wcześniej dojrzewały płciowo niż inne, trzymane w niższej ciepłocie: u młodych samców stwierdzono znaczne zwiększenie pęcherzyków nasiennych i gruczołu krokowego, u samic zwiększenie macicy i trąbek. Optimum ciepłoty dla największej siły rozrodczej było 25°. Histologiczne badanie gruczołów płciowych stwierdziło i tutaj rozrost tkanki śródmiąższowej. Doświadczenia te rzucają pewne światło na wpływ klimatu na wczesny lub opóźniony rozwój poszczególnych gruczołów dokrewnych, szczególniej narządów płciowych i wyjaśnia nam poniekąd wczesny rozwój płciowy u ras południowych. Poza tem w ostatnich czasach zaznaczył się zwrot ku stosowaniu hormonów sposobem Brown-Sequardowskim. Ostatnio udało się Hermanowi wyodrębnić z ciałka żółtego jajników substancję, która, wstrzyknięta w minimalnych ilościach (0,04—0,06 gr) 8-tygodniowej samiczce króliczej, wywołała tak kolosalny rozrost narządów płciowych (pochwy, macicy, trąbek oraz gruczołów mlecznych), z jakim spotykamy się u 25—30-tygodniowych samiczek i to w okresie ciekania lub brzemienności. Efekt ten osiągnięto po 4—5-krotnej injekcji. Ciekawem jest to, że rozwój gruczołów mlecznych z zawartością odnośnej sekrecji osiągnięto u młodych kastrowanych samców po injekcji tejże substancji. Bardzo ciekawym i wiele obiecującym jest sposób otrzymywania inkretów w hodowli, zapoczątkowanej przez Iszłondskiego.

Kończąc winienem zaznaczyć, że dotychczasowe badania i doświadczenia nad gruczołami dokrewnemi niemało się przyczyniły do rozjaśnienia wielu zawiłych spraw biologicznych, antropologicznych, oraz rozmaitych zboczeń na tle seksualnem. Dość wspomnieć o wyjaśnieniu istoty i przyczyny powstawania wtórnych cech płciowych, o roli gruczołów płciowych w życiu psychicznem, o wyjaśnieniu natury i o rozstrzygnięciu problematu hermafrodytyzmu i homoseksualizmu, o wynikach doświadczeń nad odmładzaniem i przedłużaniem życia ustrojów.

Pod względem antropologicznym prace te rzucają snop światła na konstytucje rozmaitych ras w zależności od stanu gruczołów dokrewnych: na budowę i postać kośćca (stosunek tułowia do kończyn), na rasowe różnice w owłosieniu, w rozwoju gruczołów piersiowych, w rozmieszczaniu tkanki tłuszczowej, w rozwoju układu mięśniowego i t. d. Prace te również niemało sie przyczyniły do wyjaśnienia przyczyny pewnych przestępstw na tle seksualnem. Stwierdzono, że homoseksualizm zależny jest od wadliwego rozwoju gruczołów płciowych, że podstawę wielu zboczeń seksualnych stanowią głębokie zmiany biologiczne dokrewnego pochodzenia, że środkiem odpowiednim przeciwko pewnym przestępstwom seksualnym nie powinno być więzienie, lecz odpowiednie leczenie. To też w myśl orzeczenia Magnusa, Hirschfelda, nadejdzie czas, kiedy w sprawach tego rodzaju przestępstw sędziami będą nie prawnicy lecz my — odpowiednio wyszkoleni lekarze.

Piśmiennictwo:

1) Iszłondski: Przemiana dowolna płci oraz odmładzanie sztuczne p-g. prof. Steinacha. Etiudy biologji seksualnej. 1923. (w języku rosyjskim). — 2) S. Voronoff: Greffes des glandes endocrines du singe à l'homme. Bulletin de la Société Philomathique de Paris. Année. 1924. — 3) Retterer: Evolution des testicules greffés. Ibidem. — 4) Iszłondski: Problemat sekrecji wewnętrznej gruczołów płciowych w związku z pracami Steinacha (w języku rosyjskim) Wraczebnoje Obozrenie Nr. 1 i 2. str. 11 i 73. — 5) Kongres lekarski w Brukseli (w języku rosyjskim). Sprawozdanie o ziazdach i posiedzeniach Towarzystw Lekarskich. Ibidem. Nr. 9. str. 417—418. — 6) Henri Hartman: Wszczepienie jajnika do macicy. Ref. w Warsz. Czasopiśmie Lek. 1925. Nr. 3. str. 101. — 7) Zweibaum: Posiedzenie Polskiego T-wa Anatomicznego w Warszawie. Ibidem. str. 110. — 8) Sellheim: Ergebnisse der Vereinfachung und Verfeinigung der Abderhaldschen Reaktion. Ergebnisse der gesamten Medicin 1925. — 9) S. Voronoff: La greffe animale. Conférence tenue à l'institut international d'argriculture. Rome. 1925. — 10) S. Voronoff: Greffe animale. Applications utilitaires au cheptel. 1925. — 11) L. Dartigues La greffe de revitalisation humaine. Sa portée, son avenir, ses résultats. — 12) S. Voronoff: Etude sur la Vieilless et le Rajeunissement par la Greffe. 1926. — 13) Z. Bychowski: Przyczynek do nauki o gruczołach wewnętrznej sekrecji. Odbitka z działu Morfologji i Fizjologji (w języku rosyjskim). — 14) Dr. St Peszyński: Odmładzanie zwierząt i ludzi w świetle najnowszych badań. 1922.

MEDYCYNA SPOŁECZNA.

Dr. juris Teodor MOLKNER. Kraków.

Pojęcie zdolności zarobkowej w duchu ustawy inwalidzkiej *).

Według przepisów ustawy inwalidzkiej z dnia 18. marca 1921. poz. 195. Dz. Ust. nr. 32 należy za inwalidów wojennych uważać tych wojsk. (szeregowych i oficerów), którzy służąc w armjach, w art. 2. tejże ustawy wymienionych, doznali uszkodzenia zdrowia lub okaleczenia, pozostającego w związku przyczynowym ze służbą wojskową i powodującego utratę zdolności zarobkowej.

Szczupłe ramy artykułu nie pozwalają mi na szczegółowe omówienie pojęcia inwalidy wojennego i wszelkich kwestyj, któresię przy tej sposobności nasuwają. Ograniczę się zatem do omówienia kwestji zdolności zarobkowej jako podstawowego pojęcia przy ustalaniu inwalidztwa. Rozważania nad tym problemem mają znaczenie praktyczne nie tylko przy ocenianiu inwalidztwa wojennego, lecz także w tych wszystkich przypadkach, w których jedna osoba dozna z winy drugiej (osoby fizycznej lub prawniczej) uszkodzenia cielesnego, pociągającego za sobą utratę zdolności zarobkowej i rości sobie z tego powodu w drodze prawno-prywatnej pretensję do czasowej lub trwałej renty.

Ustawa inwalidzka z dn. 18. III. 1921. nie określa pojęcia zdolności zarobkowej, uzależnia jednak od stopnia utraty wymiar renty inwalidzkiej (art. 7.). Stopień utraty zdolności zarobkowej określają komisje wojskowo-lekarskie, wyznaczone przez Ministerstwo Spraw Wojskowych. Wspomniane Ministerstwo wydało dla podlegających mu komisyj szczegółową instrukcję, zestawiającą schematycznie wszystkie możliwe kalectwa i objawy chorobowe oraz określając dla każdej z nich stopień niezdolności zarobkowej. W ten sposób poleca M. S. Wojsk. oceniać stopień utraty zdolności zarobkowej wyłącznie z punktu widzenia anatomiczno-patologicznego w zupełnem oderwaniu od indywidualnych cech poszczególnych jednostek. Komisja wojskowo-lekarska może zatem przy ocenianiu stopnia ustraty zdolności zarobkowej spowodowanej służbą wojskową, wziąć pod rozwagę li tylko dane kalectwo wzgl. chorobę i jej związek przyczynowy ze służbą wojskową oraz podporządkować ją pod odpowiednią pozycję instrukcji ministerjalnej, by znaleść przewidziane dla tej choroby czy kalectwa procentowe określenie stopnia niezdolności zarobkowej, a nie może zważać na szkody gospodarcze, jakie to uszkodzenie fizyczne w konkretnym wypadku danej jednostce wyrządziło.

To skrępowanie komisji wojskowo-lekarskiej schematem i zmuszenie jej, by dla każdego stwierdzonego przypadku inwalidztwa ustalała tę stawkę niezdolności zarobkowej, która jest w instrukcji przewidziana, uniemożliwia tejże komisji dostosowanie swego orzeczenia do tak różnych wypadków życiowych, powodując ostatecznie niesłuszne oceny.

Zdolność zarobkowa jest różna u różnych ludzi. Zależy ona nie tylko od stanu fizycznego człowieka, lecz także od jego wieku, doświadczenia zawodowego oraz wykształcenia ogólnego i zawodowego; inną bowiem podmiotową możność znalezienia źródeł dochodu t. j. zdolność zarobkową posiada przy tych samych warunkach fizycznych: kwalifikowany, a niekwalifikowany robotnik, 25-letni, a 50-letni urzędnik i t. d. Oceniając zatem zdolność zarobkową danego człowieka, musimy wszystkie te okoliczności wziąć pod rozwagę.

Celem świadczeń państwowych na rzecz inwalidów jest w duchu ustawy z dnia 18. III. 1921. odszkodowanie gospodarczych skutków uszkodzenia fizycznego, spowodowanego służbą wojskową; skutki zaś te ocenia się w stosunku do tego, ile dana jednostka utraciła wskutek inwalidztwa ze swojej zdolności zarobkowej, jaką posiadała przed wstąpieniem do służby wojskowej. Należy zatem przedewszystkiem ustalić, jaką zdolność zarobkową posiadał dany inwalida przed wstąpieniem do wojska, przyczem musimy ocenić jego poprzedni stan fizyczny, jego wiek, wykształcenie i zawodowe wyszkolenie; ile inwalida wojenny utracił wskutek służby wojskowej ze swojej poprzedniej pełnej zdolności zarobkowej, za tyle musi być odszkodowany.

Przypuśćmy, że adwokat lub śpiewak operowy posiadający już kilkunastoletnią praktykę zawodową, stał się wskutek służby wojskowej jąkałą; nie może on wskutek tego nietylko wykonywać należycie swego dotychczasowego zawodu, lecz także osiągnięcie lepszego stanowiska w innym dostępnym dla niego zawodzie, n. p. urzędniczym, staje się utrudnionem. Natomiast rolnik, który stał się jąkałą wskutek swej służby woskowej, będzie mógł bez przeszkody nadal wykonywać swój poprzedni zawód.

Jakież więc różne skutki gospodarcze wywołała ta sama ułomność (jąkanie) u obu powyższych osób; spowodowany bowiem służbą wojskową uszczerbek w zdolności zarobkowej, jaką każdy z osobna posiadał przed wstąpieniem do wojska, jest różny, a tem samem musi być u obu ustalony odmienny stopień utraty zdolności zarobkowej. Uwzględnienie tylko ułomności fizycznej (w powyższym przykładzie jąkania), bez wzięcia w rachubę indywidualnych cech poszczególnych jednostek, doprowadziłoby zatem — jak z powyższego przykładu wynika — do niesprawiedliwych wyników. Nawet uwzględnienie tej okoliczności, iż ustawa inwalidzka przewiduje specjalny dodatek kwalifikacyjny dla jednostek o większej spraw-

*) Por. do tego: Dr. Teodor Molkner, Ustawowe uregulowanie kwestii inwalidzkiej w Polsce, Kraków 1921. S. 128.

ności zawodowej lub wykształceniu, nie może mieć wpływu na zmienienie powyższego punktu widzenia co do ocenienia stopnia utraty zdolności zarobkowej, bo n. p. niekwalifikowany wyrobnik, który utracił nogę, a nie otrzymuje żadnego dodatku kwalifikacyjnego, jest daleko bardziej poszkodowany w swej poprzedniej zdolności zarobkowej niż urzędnik, który doznał tego samego kalectwa.

Trafnie zatem niemiecko-austrjacka ustawa o odszkodowaniu inwalidzkiem z dnia 25 kwietnia 1919 r. — mimo, iż przyjmuje stopień wykształcenia inwalidy za podstawę do wymiaru renty — określa w § 10. pojęcie zdolności zarobkowej następująco: „Zdolność zarobkowa jest to zdolność do pracy, którą s ł u s z n i e można przypisać poszkodowanemu, uwzględniając jego poprzedni zawód cywilny i jego zawodowe wyszkolenie". Nie znaczy to, aby wyłącznie zawód brać pod uwagę; byłoby to również niewłaściwem. O ile bowiem inwalida stał się zupełnie niezdolnym do wykonywania swego dotychczasowego zawodu (n. p. skrzypek, który utracił mały palec u lewej ręki), musi się od niego wymagać zmienienia zawodu i dostosowania przyszłych zajęć zarobkowych do nabytej ułomności, w czem pomaga mu ewentualnie Państwo przez szkolenie itp. W każdym jednak razie poprzednie zajęcie inwalidy, jego doświadczenie zawodowe i wiek muszą być brane w rachubę przy ustalaniu stopnia inwalidztwa; wiek z tego już względu, iż dla ludzi starszych jest o wiele trudniej dostosować się do kalectwa (n. p. utraty nogi, ręki itp.) względnie do innego zajęcia, niż dla ludzi młodszych.

Jak więc powyżej wykazałem, uwzględnianie jedynie stanu chorobowego inwalidy przy ocenianiu stopnia jego niezdolności zarobkowej prowadzi do niesprawiedliwych wyników a tem samem jest sprzeczne z duchem ustawy inwalidzkiej. Ponadto sprzeciwia się ono pośrednio art. 44 tejże ustawy, który wyraźnie zaznacza, iż celem szkolenia inwalidy wojennego jest podniesienie lub odzyskanie jego dawniejszej zdolności do pracy. Szkolenie umożliwi inwalidzie częściowo lub całkowicie wykonywanie jakiegoś zawodu — dawnego lub nowo obranego — pomimo jego stanu chorobowego, a tem samem umożliwi mu w wyższym stopniu zarobkowanie, aniżeli było to możliwem przed szkoleniem. Stan chorobowy inwalidy, który wskutek szkolenia nie ulega zasadniczo zmianie, nie może zatem być jedyną podstawą do oceniania stopnia utraty zdolności zarobkowej.

(Przypisek Redakcji). Do uwag autora, na które należy się w zupełności zgodzić, należy dodać, że wszelkie procentowe normy dla oceny stopnia utraty zdolności zarobkowej, przyjęte także przez międzynarodowe kongresy, nie stanowią stałych, nienaruszalnych ram w obrębie których musi lekarz znawca orzekać, lecz stanowią one tylko ogólne linje wytyczne, od których w poszczególnych przypadkach można mniej lub więcej odbiegać. Wogóle jest wskazaną jak najściślejsza indywidualizacja każdego przypadku, wszelkiego schematyzowania należy unikać, a ocena w każdym poszczególnym przypadku powinna być przeprowadzona z uwzględnieniem wszystkich towarzyszących okoliczności (niektóre z nich podniósł autor tego artykułu), na co zresztą zwracają uwagę wszyscy specjaliści w swoich podręcznikach. (H o r n, Praktische Unfall — und Invaliden — Begutachtung. Berlin 1922; W a c h h o l z, Medycyna sądowa 1925! I n s t r u k c j a dla komisyj wojskowo lekarskich przy badaniu inwalidów wojennych. Warszawa 1920).

Państwowe Rady Zdrowia.

Już od czasu dłuższego podnoszono ze stron wielu konieczność powołania do życia Państwowej Rady Zdrowia, mniejwięcej na wzór istniejącej w b. Austrji Najwyższej Rady Zdrowia, którąby składała się z ludzi fachowych, obeznanych dobrze ze stosunkami zdrowotnemi Państwa, z jego potrzebami zdrowotnemi, i jako taka, była fachowym organem doradczym i opinjodawczym dla naszych magistratów sanitarnych. Potrzebę utworzenia Państwowej Rady Zdrowia uznała również Rada Naczelnej Izby lek., wyrażając ją w uchwałach odpowiednich, zwróconych do Rządu.

Istotnie też z początku b. roku rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 7 stycznia zostały utworzone, jako organy doradcze i opinjodawcze, przy Ministerstwie spraw wewn. Państwowa Naczelna Rada Zdrowia, przy Województwach Wojewódzkie Rady Zdrowia i przy Władzach administracyjnych I instancji Powiatowe Rady Zdrowia.

Państwowa Naczelna Rada Zdrowia ma krytycznie rozpatrywać i opinjować projekty ustaw i rozporządzeń, dotyczące spraw zdrowotnych, a więc wogóle higjeny społecznej, urządzeń sanitarnych, władz i instytucji i ich działalności na polu zdrowotności publicznej. Ma ona również występować z inicjatywą własną, przedstawianiem planów organizacyjnych i zarządzeń, dotyczących zdrowia publicznego.

Jako członkowie wchodzą w skład Naczelnej Rady Zdrowia przedstawiciele wszystkich ministerstw, sześciu członków, powołanych przez ministra spraw wewnętrznych po wysłuchaniu wydziałów lekarskich uniwersytetów, wydziałów weterynaryjnych, naczelnej Izby lekarskiej, związku miast, zrzeszeń powiatowych, związków samorządowych, zarządu ogólno-państwowego związku kas chorych, oraz trzej członkowie, powołani bezpośrednio przez Ministra spraw wewnętrznych.

Każdy z członków naczelnej rady zdrowia będzie miał ustanowionego jednego lub w miarę potrzeby kilku zastępców. Członkowie rady są powoływani, względnie wyznaczani na okres dwuletni.

W naradach Rady Zdrowia mogą brać udział z prawem głosowania przedstawiciele odnośnych ministerstw zainteresowanych w danych sprawach a pozatem, jednak bez prawa głosowania właściwi referenci oraz rzeczoznawcy.

Przewodniczącym Rady jest Gen. Dyrektor Służby zdrowia zastępcę jego i sekretarza wyznacza minister spraw wewnętrznych.

Członkowie Naczelnej Rady mają jednego lub nawet kilku zastępców i są wybierani na dwa lata.

Naczelna Rada Zdrowia wyłania sekcje, w skład których wchodzą przedstawiciele zainteresowanych ministerstw, tudzież osoby kooptowane z poza członków rady, która winna opracować swój regulamin.

Wojewódzkie i powiatowe Rady zdrowia są również organami opinjodawczemi w zakresie zdrowotności publicznej i mają również prawo inicjatywy w sprawach sanitarnych w celu poprawy stosunków zdrowotnych i urządzeń odnośnych.

Przewodniczącym wojewódzkiej Rady zdrowia jest wojewoda, jego zastępcą naczelnik wojewódzkiego wydziału zdrowia, nadto skład tej rady stanowią inspektor lekarski, naczelnik wydziału samorządowego województwa, przedstawiciele władz bezpośrednio podległych poszczególnym ministerstwom, delegat tymczasowego wydziału samorządowego, przedstawiciel Izby lekarskiej i okręgowego związku kas chorych, tudzież trzech członków, powołanych przez ministra spraw wewnętrznych.

Członkami Powiatowej Rady Zdrowia jest starosta, jako przewodniczący, zastępcą jego lekarz powiatowy, dalej przedstawiciel wojskowości, urzędnicy sanitarni z poszczególnych działów służby państwowej, przedstawiciel samorządu, Kasy chorych i jeden do trzech członków, powołanych przez ministra spraw wewnętrznych.

Członkowie Wojewódzkiej i Państwowej Rady mianowani są na dwa lata.

Tak więc w skład wymienionych Rad zdrowia mają wchodzić zarówno przedstawiciele władz administracyjnych państwowych, jak samorządowych iinstytucji sanitarnych, a także członkowie powołani przez ministra spraw wewnętrznych. Oczywiście wskazane jest, aby w Radach nowoutworzonych zasiadali ludzie, którzy istotnie są fachowcami w licznych sprawach, ściśle związanych z zagadnieniami zdrowotności publicznej. Dziwnem się też wydaje, że w Naczelnej Radzie Zdrowia ma zasiadać jeden jedyny przedstawiciel pięciu wydziałów lekarskich naszych wszechnic Wszak wśród członków wydziałów tych są właśnie fachowcy naukowi, których zdanie musi być często nader potrzebne zarówno w osądzaniu, jak także w inicjatywie, dotyczącej spraw zdrowotnych. W b. austrjackiej Najwyższej Radzie Zdrowia zasiadał też szereg profesorów, z których zdaniem liczyły się poważnie ciała ustawodawcze, jakoteż władze państwowe.

Powołanie do życia Rad Zdrowia należy powitać z pełnem zadowoleniem, będą one miały do spełnienia wdzięczne i szerokie zadania, choćby wspomnieć o szpitalnictwie, instytucjach społeczno-zdrowotnych, Kasach chorych, urządzeniach sanitarnych, higjenicznych i wielu innych, byleby pracowały i do pracy tej były powoływane, a nie były tylko Radami z imienia, albo Radami, których zdanie będzie bez zrozumienia należytego. *n.*

OCENY.

Wesen und Behandlung der Gelenkskrankheiten. Wien und Leipzig 1925. Verlag von Perles.

W formie 13 odczytów na kursach dokształcających dla lekarzy w Badenie pod Wiedniem jest opracowany według najnowszych pojęć całokształt chorób stawowych i ich leczenie co dla praktyka lekarza jest bardzo potrzebne.

Choroby stawowe są opracowane przez specjalistów z różnych punktów widzenia a dotychczas brakowało jednej książki, któraby obejmowała całość.

Podaję w kilku zdaniach tylko najważniejsze momenty, by zwrócić uwagę na tę pożyteczną książkę i zachęcić do jej przeczytania.

P o l l i t z e r zwraca uwagę na utajoną gruźlicę, objawiającą się zajęciem wielkiej ilości stawów, robiącą wrażenie reumatycznego zapalenia stawów. Zapalenie to wywołane przez słabe prątki Kocha, o słabem nasileniu toksycznem, przy równoczesnej energji organizmu. Pacjenci ci nie okazują objawów jawnej gruźlicy; obraz kliniczny jest niezwykły. Obraz tej choroby u nas jest mało znany lekarzom a tak ważną jest jego znajomość ze względu na tło i zupełnie inne leczenie, bo, ile np. masaż lub proteinoterapja mogą w tych wypadkach zaszkodzić. Stany podgorączkowe i twarde obrzęki gruczołów limfatycznych powinny zwrócić uwagę lekarza a świadomość możliwości gruźliczego zajęcia stawów ułatwi rozpoznanie tła i spowoduje racjonalne leczenie.

E i s l e r i H o l z k n e c h t podają cenne uwagi z zakresu radjologji i terapji. Interesującem jest skonstatowanie działania analgetycznego promieni Roentgena na stawy i leczenie chorób stawów przez usunięcie punktu wyjścia choroby z migdałków promieniami Roentgena jakoteż leczenie chorób stawowych na tle schorzeń gruczołów dokrewnych promieniami Roentgena jak n. p. w menopauzie naświetlanie hypozy atagonisty jajników.

F r e u n d podaje podział chorób stawowych.

Interesujące i cenne uwagi zwłaszcza w kierunku terapeutycznym podaje J a g i c co do stosunku chorób stawów do aparatu krwionośnego.

L u g e r opracował bardzo interesująco leczenie chorób stawowych preparatami farmaceutycznemi i ich kombinacje.

W a g n e r J a u r e g g roztrząsa stosunek stawów do tabes i syringomyelji.

S i n g e r omawia etjologję chorób stawowych wnosząc nowe myśli i spostrzeżenia bardzo ciekawe np. ciąża i choroby stawowe.

M a l i v a opracował terapję proteinową w sposób bardzo dokładny i świadczący o dużem doświadczeniu. B u m podaje mechanoterapję zwracając uwagę na wiele błędów często popełnianych przez zapóźne stosowanie lub niewłaściwe czy to masażu czy też leczenia mechanicznego.

B r e i t n e r opisuje bardzo wyczerpująco leczenie urazowych chorób stawów z punktu widzenia chirurgicznego. S t r a s s e r oświetla działanie kąpieli na stany chorobowe ujmując dzisiejsze pojęcia w balneoterapji. Artykuł ten przeczyta balneolog z wielką przyjemnością, a każdy lekarz nauczy się cenić wartość kąpieli i znajdzie wiele momentów nowych. Przytaczam tutaj jego zdanie: „Balneo i hydroterapja chronicznych chorób stawowych opiera się na czynnikach naturalnych, które działają tak podniecająco, wywołując biologiczną reakcję jak i powodują resorbcję produktów zapalnych. Właściwe ocenienie dla każdego przypadku tak działania podniecającego organizm jak i wchłaniającego i obserwacja indywidualnej reakcji gwarantuje artystyczne używanie środków leczniczych i z tem związane wyniki. Sumienny spostrzegacz będzie miał zawsze lepsze rezultaty także w przypadkach dających małe widoki na wyleczenie".

Ortopedję opracował S p i t z y zwracając wszędzie i zawsze uwagę na często zaniedbywaną w leczeniu troskę o funkcję stawów.

Dr. Podsoński Wł.

HIGJENA I WYCHOWANIE FIZYCZNE.

Dr. Władysław DYBOWSKI, mjr. lek., Lwów.
i Adam BORYSIEWICZ, abs. med.

Obozy letnie przysposobienia wojskowego w świetle badań lekarskich.

Z pracowni sportowo-lekarskiej Zakładu Patologji Ogólnej i Doświadczalnej Uniwersytetu J. K. we Lwowie (Dyr. prof. Dr. M. F r a n k e) i Sekcji Sportowej Polsk. Tow. Higjenicznego we Lwowie.

Streszczenie).*

Część I. Pomiary antropometryczne.

Dzięki współpracy pracowni uniwersyteckiej, władz wojskowych i Towarzystwa Higjenicznego umożliwione zostało przeprowadzenie w ciągu ostatniego lata szczegółowych badań nad uczestnikami letnich obozów przysposobienia wojskowego w dolinie Prutu. Z ogólnej sumy 713 uczestników, prawie 600 poddano badaniom, u 239 zdołano badanie po raz drugi we wszystkich punktach powtórzyć. Praktyczny cel, przyświecający tej wielce żmudnej pracy, był następujący: na podstawie przeprowadzonych na początku i końcu pobytu w obozach pomiarów.

1) antropometrycznych,
2) sprawności aparatu oddechowego,
3) sprawności aparatu krwionośnego,

ocenić wpływ pobytu tego na zdrowie uczestniczącej młodzieży.

Zadanie to nie należy bynajmniej do rzeczy łatwych, gdyż nie posiadamy tablic przeciętnych wyników podobnych pomiarów u młodzieży polskiej. Brak ich daje się więc wielce odczuwać, zwłaszcza, że zestawieniami obcemi posługiwać się nie możemy, z powodu bardzo znacznych różnic zachodzących, wedle dotychczasowych wyników lwowskiej pracowni, między wynikami pomiarów polskich a obcych. Najłatwiejsze w użyciu są — ze statystyk obcych — tablice amerykańskie; przy używaniu ich dla celów orjentacyjnych oddają one duże usługi, wymagają jednak ciągłego uwzględniania znacznego spóźnienia w rozwoju fizycznym młodzieży polskiej, prawdopodobnie nietylko na skutek warunków wojennych i powojennych, ale także i braku wychowania fizycznego w pełnem tego słowa znaczeniu, jak je narody angielskie i skandynawskie pojmują.

Wyniki przedłożone są w formie tablic, podających osiągnięte przeciętne przybytku czy ubytku tak dla ogółu badanych jak i dla poszczególnych roczników. Ze względów technicznych — wielkiego rozrzucenia obozów i dużej liczby badań — odstęp między pierwszem a drugiem (końcowem) badaniem nie wynosił pełnych 6 tygodni — czas pobytu młodzieży w obozach — a jedynie przeciętnie 24.64 dnia.

P — r — z — y — b — y — ł — o

Rok urodzenia	Ilość badanych	Wysokości stojąc	Wysokości siedz.	Wagi nago	Różnicy obwodu klatki piersiowej między wdechem a wydechem obwodu górnego	dolnego	Obwodu brzucha
		cm	cm	klg	cm	cm	cm
1910	3	—	—	—	—	—	—
1909	20	0 83	0.98	2·3	0·5	0·3	1.3
1908	43	0·76	0·51	2 1	1·0	0·9	0·5
1907	59	0·74	0·47	1·5	1·1	0 4	0•5
1906	42	0·70	0·48	1·9	0 9	0·8	0·4
1905	34	0·65	0·37	1 3	1·5	1·0	0·5
1904	18	0·64	0·47	1·2	2·1	0·4	1·1
1903	15	0·8	0·63	0.6	1·6	1·0	0·4
1902	5	—	—	—	—	—	—
1902 10	239	0·76	0·5	1 6	1·1	0 7	0·6

Dla oceny powyższych wyników badań musimy je porównać z przeciętnym przyrostem miesięcznym w tym wieku. Dla celów porównawczych używali autorowie tablic wedle źródeł belgijskich Queteleta, amerykańskich — Bowditcha, szwajcarskich — Matthiasa, oraz cyfr, otrzymanych w latach 1920—1922 na materjale szkolnym w Płocku jako wynik 1010 pomiarów.

Najwyższe cyfry, spotykane we wspomnianych źródłach dla rocznego przyrostu wzrostu wahają się zależnie od wieku między 51 mm rocznie dla najmłodszych roczników, uczestniczących w obozach, a 2 mm dla najstarszych. Komplikuje sprawę wpływ pory roku na szybkość wzrostu, lecz nawet jeśli uwzględnimy najwyższe przyrosty roczne ze źródeł amerykańskich pochodzące, podzielimy je przez 12 i pomnożymy przez 2,25 dla wyrażenia przyśpieszenia wzrostu w miesiącach letnich, to otrzymamy dla chłopców między 16—20 rokiem życia przeciętną 3.9 mm miesięcznie. W żadnym więc wypadku nie otrzymamy cyfr tak wysokich, jak przeciętna obozowa 7.6 mm w ciągu 24.64 dni. Zależność jej od wieku uczestników wyraża się w jej stałem opadaniu od 8.3 mm do 6.4 mm. Wyjaśnieniem powstawania tak wysokiej przeciętnej przyrostu wzrostu może być do pewnego stopnia fakt, że najwyższe przyrosty zdarzyły się u osobników z wyraźnem skrzywieniem kręgosłupa; dochodziły one w tych wypadkach nawet do 12.5 mm. Przeciętna 5 mm przyrostu wysokości siedząc, stanowiąca więc $^{2}/_{3}$ poprzedniej, wskazuje również na główną rolę wyprostowania kręgosłupów w ogólnym przyroście.

Następnym, a dla ogólnej oceny zdrowotnej wartości pobytu w obozach bardzo ważnym, punktem jest ciężar ciała. Osiągnięta w obozach przeciętna przybytku jest bardzo wysoką — 1.6 kg w niecałych nawet 4 tygodniach. Najwyższe cyfry, spotykane w wymienianych już statystykach, wynoszą rocznie najwyżej 6.05 kg, miesięcznie więc tylko nieco ponad 0.5 kg. Wprowadzając nawet nieznaną bliżej poprawkę dla miesięcy letnich — nie będzie ona jednak prawdopodobnie tak wysoką dla ciężaru ciała jak dla

---

[1]) Artykuł powyższy pojawił się in extenso w druku w Poznańskiem Wychowaniu Fizycznem, w zeszycie z 1. kwietnia 1926.

wzrostu — nie otrzymamy przecież w żaden sposób cyfry tak wysokiej jak praktycznie uzyskane.

Pomiarów obwodu klatki piersiowej dokonywano w dwóch wysokościach: podpachowej i mieczykowatej. W obu mierzono obwód przy głębokim wdechu i głębokim wydechu, różnica ich daje nam t. zw. amplitudę oddechową. Przeciętna amplituda zwiększyła się w obozach bardzo znacznie, a mianowicie w górnym obwodzie podpachowym — o 11 mm, w dolnym — mieczykowatym — 7 mm. Porównań ze statystykami obcemi nie przeprowadzano ze względu na brak cyfr, mogących tu być porównawczo użytemi; w pracach polskich spotykamy tego rodzaju cyfry jedynie w opracowaniach kursów poznańskich oraz w szkolnej statystyce płockiej. Wynik porównania stwierdza, że przyrost obozowy niewiele przekracza przeciętne cyfry młodzieży polskiej. Uwzględnić jednak należy, że porównujemy młodzież obozową — głównie miejską z większych środowisk — z młodzieżą płocką, a więc — o ile nam wiadomo — o fizycznie lepszym materjale niż przeciętna młodzież wielkomiejska.

Bardzo ważną jest dalej w wynikach tych wysoka różnica — przeciętnie 4 mm — zachodząca między przyrostami amplitudy oddechowej w obwodach górnym i dolnym. Przeciętny przybytek amplitudy górnej, o 60% wyższy od takiegoż dolnego, jest doskonałem świadectwem ogromnej korzyści ćwiczeń obozowych dla oddechania górnych płatów i szczytów płuc. Dla poprawienia zdrowia młodzieży miejskiej ma to naturalnie olbrzymie znaczenie, którego podkreślać nie potrzeba.

Pomiar obwodu brzucha przedstawia trudny do zgryzienia orzech w ocenie osiągniętego wyniku. Przeciętny przyrost 6 mm przy przybytku na wadze, nie połączonym jednak zupełnie z narastaniem podściółki tłuszczowej, nie da się należycie ocenić ze względu na zupełny brak cyfr porównawczych dla tego wieku. Ważnem jednak jest, że pomiary obwodu brzucha wykazują w stosunku do pomiarów klatki piersiowej odchylenia od przeciętnej dwukrotnie większe i częstsze. Wobec braku materjału porównawczego najwyżej przyjąć możemy za prawdopodobne, że sprawność mięśni ścian brzucha u młodzieży miejskiej w tym wieku pozostawia wiele do życzenia i że ćwiczenia obozowe nie zdziałały tu tyle dobrego, jak dla sprawności klatki piersiowej.

W krótkości możemy wyniki pomiarów antropometrycznych, dokonanych w obozach na początku i końcu pobytu w nich młodzieży, ocenić następująco:

Przybytek wzrostu jest bardzo duży.

Przybytek wagi ciała jest również bardzo duży.

Znaczenie takiego właśnie wyniku obu omawianych pomiarów jest bardzo poważnem ze względu na możliwość zahamowania wzrostu przez długotrwałe stosowanie intensywnych, głównie t. zw. siłowych ćwiczeń mięśniowych oraz możliwość spadku wagi ciała jako jednego z pierwszych objawów przemęczenia.

Pierwsza z tych możliwości — zahamowanie wzrostu — przez nadmierne stosowanie ćwiczeń mięśniowych o dużym wysiłku jest wprawdzie bardzo nieprawdopodobną, gdyż z piśmiennictwa znamy tego rodzaju zjawiska jako występujące jedynie po bardzo długotrwałych ćwiczeniach (latach a conajmniej długich miesiącach) jak wskazywał przykład wychowanków francuskiej szkoły Heberta, lecz mimo tego musimy uznać duży przyrost wzrostu podczas pobytu w obozach za objaw wybitnie dodatni.

Znaczny przybytek wzrostu zdaje się wskazywać na racjonalny dobór ćwiczeń i umiejętne ich stosowanie.

Druga możliwość: spadku na wadze jest dla oceny obozów prawie że najważniejszą. Z doświadczenia sportowego wiemy, że spadek poziomu wyczynów sportowych, tak zwana strata formy, i spadek wagi ciała są pierwszemi zwiastunami przemęczenia. Pojęcie przemęczenia pokutowało w obozach tak u szeregu uczestników, zwłaszcza ze sfer nauczycielskich, jak i u niektórych zwiedzających, szczególnie uporczywie. Nie brakowało przecież nawet głosów, twierdzących, że mają to być obozy wypoczynkowe, połączone z prawie zupełnem nieróbstwem moralnem i fizycznem. Wególe pojęcia zmęczenia nauką w szkołach, odpoczynku po niem, zmęczenia fizycznego w obozach, wypoczynku i przemęczenia tak umysłowego jak i fizycznego stanowią, jeszcze ciągle dla szerokiego ogółu nierozgmatwaną plątaninę, doprowadzającą do najdziwniejszych rozwiązań i zapatrywań, skrupiających się najczęściej na barkach młodzieży. Wyniki badań w obozach nie pozostawiają wątpliwości, że:

Znaczny przybytek wagi ciała wskazuje na dobroczynny wpływ pobytu w obozach na przemianę materji młodzieży i pozwala na zupełne wykluczenie lekkiego nawet przemęczenia.

Pobieżne przejrzenie czy to samej tablicy wyników czy też szczegółowych zestawień wskazuje nam, iż dodatni wpływ pobytu w obozach zaznacza się najwięcej na chłopcach rocznika 1908-1905; inne roczniki wykazują zyski mniejsze. Silniej jeszcze uwydatnia się to w częstości — naogół bardzo niewielkiej — zachorowań w obozach i kilku wypadkach niekorzystnego wpływu pobytu w obozie. Wyniki wskazują nam więc:

rozpiętość wieku młodzieży przyjmowanej do obozów jest zbyt wielka; wskazanem jest jej zmniejszenie i ostrzejszy dobór pod względem wyrobienia fizycznego.

Żądanie to pokrywa się zupełnie z żądaniami, podniesionemi z innych zupełnie względów ze sfer nauczycielskich: zmniejszenia ilości uczestników w poszczególnych okresach i większego ich rozrzucenia. Prócz korzyści pedagogicznych ułatwi to indywidualizację z dostosowaniem rytmu i nasilenia ćwiczeń do wieku i wyrobienia fizycznego uczestników.

Pomiary antropometryczne pozwoliły nam na stwierdzenie wybitnych korzyści zdrowotnych pobytu młodzieży w obozach; w dalszym ciągu przejdziemy do wyników pomiarów sprawności aparatów oddechowego i krwionośnego.

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA.

Medizinische Klinik.

Nr. 11.

Prof. Glaser: *Bodźce życiowe i nerwy życia.* Odczyt kliniczny. Bodźce działające na układ wegetatywny, będące niezbędnemi dla utrzymania czynności życiowych, nazywa autor bodźcami życiowemi; są to bodźce właściwe *(adaequat).* Następnie omawia działania pewnych substancji na układ sympatyczny oraz działanie leków w stanach podrażnienia tego układu.

Benthin: *Wartość leczenia zachowawczego w ginekologji.* Zachowawcze leczenie winno znaleść zastosowanie przez wyzyskanie celowe wielu wartościowych i korzystnych środków pomocniczych.

J. Loewy: *Zgorzel szczęki górnej przyczyną śmierci przy przewlekłem zatruciu benzolem.* U robotnika mającego dużo do czynienia z benzolem wystąpiła zgorzel szczęki górnej, która stanowiła punkt wyjścia dla ogólnego zakażenia. Prawdopodobnie benzol osłabia biologiczną odporność tkanek i w ten sposób ułatwia zakażenie.

W. Lehmann: *W sprawie kliniki sklerozy żyły wrotnej.* W klinicznie niejasnych postaciach splenomegalji lub w przypadkach o przebiegu klinicznym podobnym do kompleksu objawów choroby Bantiego, wystąpienie jednorazowego lub kilka razy powtarzającego się krwotoku z żołądka lub przełyku przemawia z dużem prawdopodobieństwem za sklerozą żyły wrotnej. Opis przypadku.

V. Maydel: *Przypadek śmiertelnego pęknięcia wpustu przy rozszerzaniu skurczu wpustu żołądka zgłębnikiem Starcka.*

E. Bersch: *W sprawie patologji i terapji „wydalaczy" lasecznikow duru.* U pięciu wydalających laseczniki duru po usunięciu woreczka żółciowego ustało wydalanie lasecznikow drogą przewodu pokarmowego. We wszystkich tych przypadkach stwierdzono kamienie żółciowe i przewlekły stan zapalny ściany woreczka.

Gutzmann i Sachse: *Nasze doświadczenia nad leczeniem gruźlicy płuc wcieraniem „Ektebiny-Moro".* Autorowie stosowali ektebinę w 289 przypadkach gruźlicy w różnych okresach Poprawę przedmiotową i podmiotową stwierdzono już po kilku wcieraniach. Sposób ten nadaje się do leczenia ambulatoryjnego gruźlicy. Autorowie używali bez szkodliwych następstw dwa razy większej dawki niż Moro podaje w przepisie.

F. Benzel: *Leczenie krwawień macicznych roztworem sody.* W przypadkach krwawień szczególnie po porodzie działa szybko i trwale 5—10% roztwór sody, którym napaja się tampon. W przypadkach krwawień ginekologicznych używać można 1—2—10% pałeczek z sodą.

A. Fortwängler: *Przyczynek do leczenia bromuralem.* Leczenie bromuralem zastosować można z najlepszemi wynikami w ciężkich schorzeniach nerwowych. Jako sedativum podaje się 1 pastylkę raz lub kilka razy dziennie w zimnej wodzie; jako środek nasenny dwie pastylki w ciepłej wodzie z cukrem lub herbatą dla polepszenia smaku.

E. Homberger: *Tukisil:* Tukisil zawiera koloidalny krzem, potas i żelatynę w postaci dogodnej dla wchłaniania i służy do wzmacniania tkanki łącznej ustroju, której najważniejszemi składnikami są te ciała.

H. Zremann: *Nowości z dziedziny parazytologji, patologji podzwrotnikowej i chorób zakaźnych.* Zestawienie z piśmiennictwa ostatnich lat.

Grabowski (Lwów).

BIBLJOGRAFJA.

Artykuły oryginalne w czasopismach.

Piśmiennictwo polskie.

Wiadomości farmaceutyczne. Rok LIII, zeszyt 16 z 18 kwietnia 1926. A. Dłuski: W sprawie chloroformu do narkozy. — Pharmacopea svecica cd X. — Rozporządzenia i okólniki władz. — Sprawy zawodowe.

Przyroda i technika. Rok V. zeszyt 4 z kwietnia 1926. J. Muszyński: Organoterapja i środki organoterapeutyczne, Cz. II. — R. Danysz-Fleszarowa: O ostatnich wybuchach wulkanów. W. Janusz: Wędrówka larw glist obłych w ustrojach zwierzęcych. — A. Kamkin: Ziemia okrzemkowa.

RUCH W TOWARZYSTWACH LEKARSKICH. - ZJAZDY.

Lwowskie Towarzystwo Lekarskie.

III. Posiedzenie naukowe wspólnie z Towarzystwem Higjenicznem w dniu 5. lutego 1926 r.

Przewodniczący Kol. Grek, obecnych 96 członków.

1. Kol. Tomaszek przedstawia *przypadek guza w mózgu* u kobiety izraelitki w średnim wieku. Z wyraźnych objawów klinicznych prócz zaznaczonych ogólnych objawów guza w mózgu obecny jest wytrzeszcz gałki ocznej lewej i znaczne opadnięcie lewej powieki, zniesienie odruchów spojówkowych i rogówkowych zupełnie po stronie lewej, prawie zupełnie po prawej, oczopląs horyzontalny, czasami zaznaczony Romberg i zataczanie się. Dno oka lewego: *atrophia nervi optici,* prawego: *Oedema papillae. Encephalografia* i wykonane zdjęcie roentgenologiczne wykazało zgniecenie komory bocznej lewej. Wobec braku objawów klinicznych nasuwa się wniosek, że guz siedzi z przodu z zewnątrz płatu czołowego lewego i uciska na komorę boczną. *W dyskusji* Kol. Domaszewicz podnosi znaczenie encephalografji, która często pozwala rozjaśnić niepewne przypadki i przyczynić się tem do możliwości wykonania zabiegu operacyjnego.

2. Kol. Mikołajski Szczepan wygłasza odczyt: *„Rozwój walki z gruźlica w Małopolsce, a w szczególności w Województwie lwowskiem w latach 1900—1925“.* Referent daje przegląd historyczny usiłowań i poczynań przeciwgruźliczych w Małopolsce i wykazuje na podstawie literatury i aktów, że błędnem jest twierdzenie, jakoby w Polsce nic nie zdziałano na polu społecznej walki z gruźlicą, gdyż w samej Małopolsce dokonano sporo pracy w tej dziedzinie.

Omawiając nasamprzód inicjatywę prywatną sławi zasługi prof. Henryka Jordana, (parki jego imienia, drużyny szkolne. szkoły Jordanowskie), dra Józefa Żulińskiego, Ludwika Wierzbickiego, Ignacego Żółtowskiego i innych około kolonij leczniczych i wakacyjnych dla młodzieży. Opowiada następnie o ruchu sanatorjalnym w Małopolsce i o powstaniu i rozwoju Towarzystwa walki z gruźlicą, omawia rozporządzenia rządu w sprawie zwalczania gruźlicy, prace Komisji przeciwgruźliczej miast Lwowa i Krakowa, dyskusję w Sejmie galicyjskim o gruźlicy, ankietę krajową w 1909 r., ankietę Kas chorych z 1912 r., powstanie austrjackiego centralnego komitetu walki z gruźlicą i wyprowadzenie w 1917 r. Kraj. Komisyj walki z gruźlicą jako organizacji półurzędowych, zespalających działalność wszystkich czynników, powołanych do walki z gruźlicą, a wprowadzających jako główne ośrodki tej walki przychodnie przeciwgruźlicze.

Referent na podstawie aktów, mało znanych w kołach lekarskich, podaje szczegóły działalności Krajowej Komisji walki z gruźlicą w Małopolsce i skreśla przekształcenie się tej komisji w Okręgową Komisję walki z gruźlicą, z której wyłoniła się Wojewódzka Komisja walki z gruźlicą, dotąd z pożytkiem działająca na obszarze Województwa lwowskiego.

Wyniki tej działalności przedstawia w cyfrowym wykazie ruchu Przychodni przeciwgruźliczych w Woj. lwowskiem za ostatnie pięciolecie, z którego wynika, że w tym czasie było pod opieką Przychodni 20.000 osób, którym udzielono 60.000 porad. Cyfry te uważa referent za bardzo poważne, wobec tego, że całą liczbę chorych na gruźlicę w Województwie przyjąć można w cyfrze 70.000 sób.

Jerzy Goertz, w zastępstwie sekretarza dorocznego.

Sprawozdanie z działalności Łuckiego Towarzystwa Lekarskiego i Łuckiego Obwodu Z. L. P. P. za rok 1925.

W roku 1925 Łuckie Towarzystwo Lekarskie i Łucki Obwód Z. L. P. P. zakańcza szósty rok swego istnienia i działalności.

Na początku roku sprawozdawczego Łuckie T-wo Lekarskie liczyło 28 członków, zaś Łucki Obwód Z. L. P. P. 26 członków, — w ciągu roku do Towarzystwa i Związku przybyło 6-ciu członków: — 1) Dr. Rafałowski, 2) Dr. Szlaskiewicz, 3) Dr. Tumiński, 4) Dr. Kukulewicz, 5) Dr. Złotnik i 6) Dr. Rosenkranc.

Z Towarzystwa i Związku ubyło 3-ch członków: — 1) Dr. Krasowski, 2) Dr. Śnitowski, i 3) Dr. Szlaskiewicz.

Na 1-szy stycznia 1926 r. Łuckie T-wo Lekarskie liczy 31 członków, w tej liczbie jednego honorowego członka korespondenta, a Łucki Obwód — 29 członków.

W skład Zarządu Towarzystwa i Związku wchodzili: — Dr. Miłaszewski prezes, Dr. J. Mininzon wiceprezes, Dr. B. Bejlin skarbnik, Dr. A. Wojnicz sekretarz stały, Dr. L. Radwański sekretarz T-wa Lekarskiego, Dr. W. Lipiński sekretarz Łuckiego Obw. Z. L. P. P., Dr. J. Drewnowski bibljotekarz. Do Komisji Rewizyjnej zostali obrani: Dr. Biskupski, Dr. Ranc i Dr. Pemow.

Komisję Redakcyjną stanowili: Dr. Ziembiński, Dr. Radwański i Dr. Kubaszewski.

Posiedzenia T-wa i Związku odbywały się w lokalu udzielonym przez Magistrat przy Ambulatorjum miejskim (ul. Ks. Skorupki Nr. 1.).

Jedno posiedzenie naukowe z odczytem profesora Bujwida odbyło się przy udziale zaproszonych gości w lokalu Domu Stowarzyszeń Polskich, drugie zaś zawodowe w sali wojewódzkiej w obecności JWPana Wojewody A. Dębskiego i przy udziale Prezesa Stowarzyszeń Urzędników Państwowych p. Brzozowskiego.

W ciągu roku posiedzenia odbywały się co dwa tygodnie: w piątki po pierwszym i po piętnastym każdego miesiąca.

W roku sprawozdawczym odbyło się 24 posiedzeń, w tej liczbie wspólnych T-wa Lekarskiego i Związku — 15, wyłącznie T-wa Lekarskiego — 2 i posiedzeń wyłącznie Związku — 7.

Przeciętna ilość członków na każdem posiedzeniu — 17, nie licząc gości.

Stosunkowo niewielka frekwencja członków T-wa na posiedzeniach tłumaczy się tem, że niektórzy z kolegów przez cały rok zupełnie nie uczęszczali na posiedzenia T-wa. Z 6-ciu kolegów 4 usprawiedliwionych (koledzy Jasiński, Śnitowski, Iwaszkiewicz i Szląskiewicz) i 2 nieusprawiedliwionych (Kukulewicz i Złotnik).

Najmniejszą ilość posiedzeń, czyli dwa posiedzenia opuściło tylko 2 kolegów (Miłaszewski i Drewnowski).

Systematyczność w uczęszczaniu na posiedzenia wyraża się procentowo w następujący sposób: 1) od 1 do 2-ch posiedzeń opuściło 6%. 2) od 3 do 6 posiedzeń opuściło 21%. 3) od 7 do 14 posiedzeń opuściło 30%. 4) od 14 do 23 posiedzeń opuściło 20%. 5) i 24 posiedzeń opuściło 23%.

Zarząd T-wa i Związku odbył 6 posiedzeń w sprawie Kasy Chorych i miał 2 konferencje z przedstawicielem Kasy Chorych.

Do Sekretarjatu T-wa i Związku w roku sprawozdawczym wpłynęło pism 151, sekretarjat wysłał 258 pism i 728 zaproszeń na posiedzenia.

Organem T-wa Lekarskiego była „Polska Gazeta Lekarska“ a sprawy Obwodu Z. L. P. P. były ogłaszane w „Nowinach Lekarskich“.

Do bibljoteki T-wa Lekarskiego i Związku wpłynęło w roku sprawozdawczym 16 książek.

W roku ubiegłym czytelnia T-wa i Związku otrzymała 21 czasopism i gazet, a mianowicie: 1) Nowiny Lekarskie, 2) Pedjatrję Polską, 3) Opiekę nad Dzieckiem, 4) Archiwum historji i filozofji medycyny, 5) Klinikę Oczną, 6) Lekarza Wojskowego, 7) Polski Przegląd Chirurgiczny, 8) Medycynę Dośw. i Społeczną, 9) Neurologję Polską, 10) Lekarza Polskiego, 11) Ginekologję Polską, 12) Zdrowie, 13) Lekarza Kasy Chorych, 14) Warszawskie Czasopismo Lekarskie, 15) Polskie Archiwum Medycyny wewnętrznej, 16) Pamiętnik Wileńskiego T-wa Lekarskiego, 17) La Presse Medicale, 18) Wraczebnoje Obozrenije, 19) Revue Francaise de Pediatrie, 20) Przegląd Wołyński i 21) Dziennik Ustaw R. P. P.

Z inicjatywy D-ów Wojnicza i Mininzona w roku sprawozdawczym zostało założone Muzeum preparatów anatomo-patologicznych. Obecnie Muzeum liczy około 40 preparatów. Zarządza i opiekuje się Muzeum kol. Mininzon.

Praca naukowa w Łuck. T-wie Lekarskiem odbywa się pomyślnie.

W roku sprawozdawczym wygłoszono odczytów naukowych 12, dokonano 16 pokazów chorych i 8 pokazów preparatów anatomo-patologicznych. Sprawozdań ze Zjazdów i innych złożono 6.

Następujący koledzy zgłosili referaty, pokazy i sprawozdania:

Dr. Abramski: 1) doniesienie tymczasowe „Leczenie gruźlicy płucnej otwartej preparatem złota (kryzolgan).

Dr. Bejlin: 1) Pokaz chorego z *oedema scroti* imitującą *elephantiasis scroti*.

Dr. Drewnowski: 1) Pokaz chorego z daleko posuniętą gruźlicą skóry prawego przedramienia. — 2) Sprawozdanie ze Zjazdu Lekarzy i Działaczy Sanitarnych w Krakowie.

Dr. Kubaszewski: 1) Pokaz chorego z przetoką kałową w okolicy ślepej kiszki. — 2) Pokaz chorego wyleczonego *post. fracturam complicatan supramalleolarem crusis sinistri*. — 3) Pokaz chorego z gangreną moszny pochodzenia urazowego. — 4) sprawozdanie o 9 chorych operowanych w szpitalu z powodu raka wargi dolnej.

Dr. Lipiński: 1) Pokaz chorego z *psoriaris luetica*. — 2) sprawozdanie z II. kongresu francusko-polskiego w Paryżu w dn. 20—26 kwietnia.

Dr. Miłaszewski: 1) wygłosił referat p. t.: *„Epizioitis et colpitis mycotica gravidarum"*. — 2) Pokaz chorej z *uterus infantilis*. — 3) pokaz preparatu mikroskopowego *endometritis glandularis hypertrofica*. — 4) sprawozdanie ze Zjazdu przeciwgruźliczego w Krakowie w m-cu maju.

Dr. Mininzon: wygłosił referaty: 1) wypadek pęknięcia macicy w 5-ym miesiącu ciąży. — 2) dwa przypadki ciąży pozamacicznej nieprzerwanej późniejszego okresu operowane z dobrym skutkiem, z demonstracją preparatów płodów nieżywych. — 3) Przyczynek do rozszerzenia szyjki macicznej zapomocą pręcików pęczniejących. — 4) Obrzezanie rytualne. — 5) Klinika ostrego zapalenia esicy, szczególnie u kobiet. — 6) Krytyka operacji sztucznej pochwy. — 7) Postępowanie lecznicze wobec łożyska przodującego z uwzględnieniem cięcia cesarskiego. — 8) Pokaz 2 chorych po operacji raka sutki. — 9) Pokaz preparatu skórzaka jajnika i płodniaka obu jajników. — 10) Referat i pokaz preparatu macicy i dwóch połączonych z nią włókniaków (wagi 2,5 kilo) usuniętych po cięciu cesarskiem klas. u pierworódki ze względnie ścieśnioną miednicą z dobrem zejściem dla matki i dziecka.

Dr. Pemow: 1) wygłosił referat: „Obecny stan walki ze wścieklizną".

Dr. Rychliński: 1) Pokaz chorej dziewczynki ze zranieniem prawego oka szkłem.

Dr. Wojnicz: 1) wygłosił referat: „Filozofja medycyny jako nauka rodzima polska". — 2) pokaz wieloródki i preparatu od niej po operacji ciąży zamacicznej 2-u miesięcznej. — 3) pokaz 3-ch chorych wyleczonych po operacji przepukliny uwięzłej i zgangrenowanej oraz pokaz preparatów resekowanych kiszek cienkich. — 4) pokaz chorego po resekcji kiszki cienkiej z powodu *ileus gangrenosus*. — 5) pokaz chorej po operacji *pleuritis ossificans dextra* i pokaz preparatu kości. 6) pokaz chorej dwukrotnie operowanej: pierwszy raz z powodu *struma nodosa seu adenoma glandulae thyreoideae*, drugi raz po upływie 6 miesięcy z powodu *cysto adenoma papilliferum pseudo-mucinosum ovarii sinistr. cum ascitide* i odczytał badania mikroskopowe dokonane przez prof. L. Paszkiewicza. 7) Demonstrował szereg preparatów anatomo-patologicznych mikroskopowych wykonanych przez Dr. med. Marję Dąbrowską w zakładzie Anatomo-Patologicz. Uniwersytetu Warszawskiego z nowotworów złośliwych i dobrotliwych operowanych w szpitalu pow. w Łucku. — 8) złożył sprawozdanie z II. Zjazdu Lekarzy i Przyrodników polskich w Warszawie w dn. 12—16 lipca.

Dr. Ziembiński: 1) wygłosił referat o „uodpornieniu organizmu przeciwko chorobom zakaźnym". — 2) sprawozdanie ze stanu sanitarnego m. Łucka i powiatu za r. 1924.

P. Olszewski — bakterjolog wykonał szereg badań chemicz.-bakterjolog. i preparatów patologo-anatomicznych łącznie z wyżej wymienionemi pokazami i pracami kolegów.

Prócz pracy naukowej Łuckie T-wo Lekarskie w roku sprawozdawczym zainicjowało i zwołało w dniu 5 lipca organizacyjne zebranie Wołyńskiego Towarzystwa Przeciwgruźliczego na którem został wybrany Zarząd i powyższe T-wo rozpoczęło swoją pracę.

Towarzystwo Lekarskie przyjmowało udział w Zjazdach lekarskich delegując swoich przedstawicieli, a mianowicie: na Zjazd Przeciwgruźliczy w Krakowie w maju T-wo delegowało Dr. Miłaszewskiego, na kongres lekarski francusko-polski w Paryżu dnia 20—26 kwietnia delegowany był Dr. Lipiński, na Zjazd Lekarzy i Działaczy sanitarnych w Krakowie — Dr. Drewnowski, wreszcie na II. Zjazd lekarzy i Przyrodników polskich w Warszawie w dn. 12—16 lipca T-wo delegowało Dr. Wojnicza i Dr. Biskupskiego.

Na wniosek delegatów Związku dentystów pp. Karczemnego i Chaita T-wo Lekarskie na posiedzeniu w dniu 3. IV. wyraziło swą zgodę, by lekarze dentyści jako sekcja odontologiczna mogli występować z referatami i pokazami w T-wie lekarskiem, lecz w roku sprawozdawczym powyższa sekcja nie zgłosiła żadnego referatu lub pokazu. W roku sprawozdawczym Łuckie T-wo Lekarskie jak i w roku poprzednim opłacało wpis za ucznia szkoły handlowej łuckiej, sieroty po zmarłym lekarzu.

W październiku T-wo Lekarskie wysłało kondolencyjną depeszę do Akademji Umiejętności w Krakowie z powodu zgonu jej prezesa profesora Morawskiego.

Na uroczysty obchód 120-letniej rocznicy Wileńskiego T-wa Lekarskiego T-wo wysłało depeszę gratulacyjną.

Wreszcie T-wo Lekarskie w roku ubiegłym w osobach swych przedstawicieli i delegatów przyjmowało udział w miejscowych uroczystościach, obchodach i posiedzeniach o charakterze ogólno społecznym.

Łucki Obwód Z. L. P. P. w roku sprawozdawczym większość swych posiedzeń poświęcił Kasie Chorych.

Zarząd Związku po długich pertraktacjach z Komisarzem Kasy Chorych w Łucku opracował i zawarł w dniu 10. II. umowę z Kasą Chorych, następnie regulował pracę lekarzy w Kasie i w porozumieniu z Zarządem Kasy wydawał okólniki które były rozsyłane do wszystkich członków Związku. Wobec braku Naczelnego Lekarza funkcję tę pełnił honorowo prezes Związku Dr. Miłaszewski, który poświęcił tej pracy wiele czasu. W związku z pracą w Kasie Chorych na posiedzeniu w dniu 13. II. została wyłoniona Komisja w składzie Dr. Bejlina, Mininzona i Kubaszewskiego, która opracowała normy opłat za czynności felczerskie, pielęgniarskie i pracę położnych. Wobec wysuniętych przez Zarząd Kasy żądań zmiany systemu udzielania porad, Zarząd Związku kilkakrotnie na specjalnie zwoływanych posiedzeniach i konferencjach z komisarzem Kasy Chorych, chciał uregulować sprawę lecznictwa i nie przerywać pracy, lecz konferencje te do porozumienia nie doprowadziły. Zarząd Kasy uznał umowę za zerwaną, wobec czego Związek przerwał pracę w Kasie Chorych, a posady lekarskie w dniu 10. VIII. ogłosił pod bojkotem.

Do lekarzy, którzy zgłosili się do pracy w Kasie Chorych, Związek wysłał w dniu 28. VIII. pisma, zawiadamiające o swej uchwale i proponujące w imię solidarności koleżeńskiej opuszczenie bojkotowanych posad. Otrzymawszy odpowiedzi odmowne, Związek zmuszony był ogłosić nazwiska tych lekarzy w prasie lekarskiej, — gdy i to nie odniosło skutku, Związek pociągnął wspomnianych lekarzy do odpowiedzialności sądowej przed Izbę Lekarską Lubelską (pismo z dn. 21. XI. L. 294).

Na początku roku sprawozdawczego Związek zorganizował Okręg Wołyński Z. L. P. P. zwołując delegatów ze wszystkich obwodów Wołynia.

W skład Okręgu weszły Obwody: Łucki, Kowelski, Równieński, Krzemieniecki i Włodzimierski.

Sprawę podatku obrotowego Związek całkowicie ujął w swoje ręce obrawszy Komisję Lekarską szacunkową w składzie Dr. Bejlina, Wojnicza i Ziembińskiego.

Delegatem od Związku do Komisji Szacunkowej Inspektoratu Skarbowego był Dr. Bejlin, a delegatem do Komisji Odwoławczej przy Izbie Skarbowej był Dr. Wojnicz. Zaznaczyć wypada, że Dr. Bejlin w pierwszej połowie ubiegłego roku wystąpił na posiedzeniu Komisji Odwoławczej przy Izbie Skarbowej i odpowiednim wnioskiem obronił wszystkie cyfry obrotowe zadeklarowane przez członków i zaakceptowane przez Komisję Lekarską, a zaprotestowane przez Inspektorat Skarbowy wbrew uchwale Komisji Szacunkowej przy Inspektoracie.

Na prośbę delegatów Związku Dentystów pp. Karczemnego i Chaita Związek uchwalił, aby delegaci Obw. Łuckiego Z L. P. P. w Komisjach Inspektoratu i Izby Skarbowej jednocześnie, gdy zajdzie tego potrzeba, opinjowali i bronili spraw dentystów.

W sprawie uregulowania stosunków pomiędzy Związkiem Dentystów, a Ambulatorjum Dentystycznem Polskiego Czerwonego Krzyża na posiedzeniu Z. L. P. P. w dniu 2. I. wyłoniona została Komisja w składzie Dr. Biskupskiego i Lipińskiego. Komisja ta nie doszła do żadnych konkrentnych wniosków wskutek niezachowania przez pp. Dentystów pewnych formalnych stron.

Na jednem z posiedzeń Związku był szczegółowo rozpatrzony Statut Kasy Koleżeńskiej przy Izbie Lekarskiej Lubelskiej i pewne dezyderaty co do zmian w Statucie były złożone na ręce zastępcy Naczelnika Izby Lekarskiej na Wołyń.

Na kilku posiedzeniach Związku była szeroko omawiana i przedyskutowana sprawa etyki lekarskiej i za wykroczenia przeciwko etyce został pociągnięty do odpowiedzialności przed Sądem Izby Dr. Hraniewiecki Antoni (z dn. 21. XI. L. 295).

Związek w roku sprawozdawczym przyjmował udział w VI. Walnem Zjeździe delegatów z Obwodów i Okręgów Z. L. P. P. w Warszawie w dn. 4—5 kwietnia, delegując na Zjazd Dr. Lipińskiego.

Na Zjeździe tym został zatwierdzony i zalegalizowany Okręg Wołyński Z. L. P. P.

W sprawie udzielania urzędnikom państwowym przez członków Związku na ulgowych warunkach pomocy lekarskiej, Związek w dniu 8. II. zwołał specjalne posiedzenie w obecności p. Wojewody i Prezesa Stow. Urzędników Państwowych. Zebranie to uchwaliło udzielać pomocy lekarskiej urzędnikom państwowym na warunkach ulgowych. Następnie Zarząd Związku opracował cennik i warunki pracy, które zakomunikował Zarządowi Stowarzyszenia Urzędników.

Propozycja Związku została przyjęta przez Stowarzyszenie Urzędników z podziękowaniem. (pismo z dn. 14. II. L. 44).

W roku sprawozdawczym następujący koledzy złożyli sprawozdania:

Dr. Bejlin: Sprawozdanie z posiedzeń Sądu Izby Lekarskiej w Lublinie.

Dr. Lipiński: 1) Sprawozdanie z działalności Łuckiego T-wa Lekarskiego i Obwodu Łuckiego Z. L. P. P. za rok 1924. — 2) Sprawozdanie z VI. Zjazdu delegatów z Okręgów i Obwodów Z. L. P. P. w Warszawie dnia 4—5 kwietnia.

Dr. Miłaszewski: Sprawozdanie z posiedzenia Rady Izby Lekarskiej Lubelskiej

Członkowie Związku jak i w latach poprzednich udzielali bezpłatnych porad lekarskich w Ambulatorjum Miejskiem.

W takich zarysach przedstawia się całokształt pracy Łuckiego Towarzystwa Lekarskiego i Obwodu Z. L. P. P. za rok ubiegły 1925.

Prezes: *Dr. F. Miłaszewski.*

Sekretarze: *(Dr. L. Radwański). (Dr. W. Lipiński).*

Kalendarz Zjazdów.

39-ty Kongres Tow. Oftalmologów francuskich w Paryżu 10 maja 1926 i dni następnych.

1-szy Zjazd anatomo-zoologiczny w Warszawie 22—25 maja 1926.

Zjazd Polskiego Tow. dermatologicznego w Wilnie 23 i 24 maja 1926.

6-ty Zjazd psychiatrów Polskich w Krakowie 23, 24 i 25 maja 1926.

Zjazd lekarzy kolejowych P. P. w Gdańsku 23 i 24 maja 1926.

4-ty Zjazd higjenistów Polskich wspólnie z 5-tym Zjazdem lekarzy i działaczy sanitarnych miejskich w Wilnie 13 i 14 czerwca 1926.

XXIII. Zjazd chirurgów Polskich w Warszawie 8, 9 i 10 lipca 1926.

Wojewódzki Zjazd przciwgruźliczy we Lwowie 10 września 1926.

2-gi Polski Zjazd przeciwgruźliczy we Lwowie 11, 12 i 13 września 1926.

Międzynarodowa Konferencja przeciwgruźlicza w Washingtonie od 29 września do 2 października 1926.

SPRAWY ZAWODOWE.

Izba lekarska lwowska.

Zarząd Izby podaje do wiadomości wszystkich lekarzy członków tut. Izby, że w myśl uchwały powziętej na posiedzeniu Naczelnej Izby lekarskiej, wszyscy lekarze przesiedlający się z okręgu jednej Izby do drugiej, obowiązani są przedkładać pisemny dowód wymeldowania się z Izby poprzedniej.

Ten sam obowiązek wymeldowania się odnosi się i w stosunku do Wojewódzkiego Urzędu Zdrowia.

We Lwowie, dnia 15 kwietnia 1926.

Prezydjum Izby.

Naczelna Izba lekarska.

Sprawozdanie z działalności za rok 1925.

Posiedzenie Izby Naczelnej w roku sprawozdawczym odbyło się w dniu 25 stycznia 1925 r. Posiedzeń Zarzadu w roku sprawozdawczym było 23. Z Izby Naczelnej i z jej Zarządu w początku roku sprawozdawczego ustąpił Dr. Adolf Kozerski i na opróżnione miejsce w Zarządzie powołano z listy zastępców Dr. Ludwika Guranowskiego.

Na posiedzeniu Izby Naczelnej w dniu 25 stycznia 1925 r. zapadły następujące uchwały:

1. Wyraża się życzenie, aby roczne sprawozdania były o ile możności drukowane i rozsyłane przed dorocznem posiedzeniem Naczelnej Izby Lekarskiej, wszystkim jej członkom, oraz aby te sprawozdania, jak również sprawozdania z posiedzeń Zarządu były ogłaszane drukiem w czasopismach lekarskich.

2. Wzywa się Zarząd, aby na zasadzie art. 2 a. Ustawy z dnia 2 grudnia 1921 r. o ustroju i zakresie działania Izb Lekarskich poczynił kroki dla przyspieszenia utworzenia Izby Lekarskiej w Wilnie.

3. Wzywa się wszystkie Izby, aby przedkładały Zarządowi N. I. L. dokładnie opracowany materjał i należycie umotywowane wnioski, mogące być podstawą do inicjatywy Izb Lekarskich w sprawach Zdrowia Publicznego.

4. Poleca się Zarządowi podjęcia wszelkich kroków, ażeby została powołana do życia Najwyższa Rada Zdrowia przy Ministerstwie Spraw Wewnętrznych, oraz ażeby Generalna Dyrekcja Służby Zdrowia wydawała perjodycznie w stałych terminach, sprawozdania (biuletyny) o sprawach zdrowia publicznego i działalności władz sanitarnych.

5. Poleca się Zarządowi zwrócić się do wszystkich lekarzy posłów w Sejmie i Senacie, ażeby zechcieli utworzyć koło lekarzy Sejmu i Senatu, któreby w porozumieniu z Naczelną Izbą zabierało głos i popierało usiłowania Izb Lekarskich w sprawach społeczno-lekarskich i lekarskich.

6. Poleca się Zarządowi sprawę nowelizacji ustawy o ubezpieczeniach społecznych, a w szczególności uprasza się o czynienie w dalszym ciągu energicznych starań o przeprowadzenie postulatów stanu lekarskiego.

7. Przyjęto wniosek Sądu N. I. L., że zasądzony, składający podanie odwoławcze, ma obowiązek złożyć jednocześnie odpowiedni wkład pieniężny na wpisowe oraz na zwrot kosztów podróży dla świadków i rzeczoznawców w tej Izbie lekarskiej, której zasądzony jest członkiem, a Izba ma obowiązek wkład ten przesłać niezwłocznie do Zarządu N. I. L. dla Sądu N. I. L.

8. Naczelna Izba Lekarska uważa za niepożądane kumolowanie płatnych posad lekarskich w jednych rękach, a więc w miejscowościach, gdzie oprócz lekarzy, pobierających stałe pensje, są lekarze mało zarabiający, nie mający żadnych poborów stałych, ani związanych z tem udogodnień, pierwszeństwo przy obsadzaniu posad, ryczałtowo płatnych w kasach Chorych, powinni mieć lekarze nie pozostający na służbie.

9. W sprawie pojęcia praktyki lekarskiej poddano reasumpcji uchwałę Izby Naczelnej z roku ubiegłego i uchwalono co następuje: wszyscy lekarze, zajmujący się lecznictwem w jakiejkolwiekbądź formie, mają obowiązek należenia do Izb lekarskich.

10. Wzywa się Zarząd do zwrócenia się do wszystkich Izb, ażeby te zakładały instytucje ubezpieczeniowe. Zarządowi zaś poleca się na najbliższe posiedzenie Izby Naczelnej przygotowanie referatu, obejmującego w ramach ogólnych sprawę instytucji ubezpieczeniowych w Izbach Lekarskich.

Naczelna Izba Lekarska nie widzi przeszkody w przyjmowaniu do Kasy emerytalnej Izby Lwowskiej lekarzy, należących do innych Izb lekarskich Państwa Polskiego.

11. Wzywa się Zarząd do zorganizowania i prowadzenia biura zawodowej pracy lekarskiej, które miałoby na celu:

a) Przygotowanie graficznej i topograficznej mapy obecnego rozmieszczenia lekarzy na całem terytorjum Państwa.

b) Prowadzenie ewidencji zapotrzebowań lekarzy na stanowiska państwowe, samorządowe i prywatne.

c) Przygotowanie planowej i celowej sieci rozmieszczenia w przyszłości lekarzy ogólno-praktykujących i specjalistów.

12. Wzywa się Zarząd do podjęcia i uregulowania sprawy emerytur dla rodzin lekarzy, po poległych w walce z epidemjami.

Oprócz wymienionych tu uchwał na posiedzeniu Izby Naczelnej w dniu 25 stycznia 1925 r. rozpatrywano projekt Izby Lwowskiej co do nowelizacji art. 21 Ustawy o wykonywaniu praktyki lekarskiej. Projekt ten uchylono, jako projekt przy obecnych stosunkach nie na czasie, nie mający szans powodzenia. Rozpatrywano także sprawę, poruszoną przez przedstawiciela Izby Poznańsko-Pomorskiej, mianowicie czy wykonywanie przez specjalistę stałej praktyki lekarskiej w kilku miejscowościach w stale uprzednio wyznaczonych terminach jest dozwolone. Izba Poznańsko-Pomorska wypowiedziała się przeciwko tego rodzaju wykonywaniu praktyki. Izba Naczelna naogół pogląd Izby Poznańsko-Pomorskiej podziela, lecz ponieważ przytoczony przez przedstawiciela Izby Poznańsko-Pomorskiej przypadek należy podciągnąć pod art. 17 punkt c. Ustawy o wykonywaniu praktyki lekarskiej, przeto Izba Naczelna wypowiedziała się, że w danym przypadku ograniczeń na podstawie ustawy zastosować nie można.

Co do ostatniej decyzji nastąpiło nieporozumienie pomiędzy Zarządem N. I. L. a Izbą Poznańsko-Pomorską. Izba Poznańsko-Pomorska na podstawie opinji swego delegata była zdania, że Izba

Naczelna na posiedzeniu w dniu 25 stycznia 1925 r. jednogłośnie orzekła, że godzi się w zupełności z zapatrywaniem Izby Poznańsko-Pomorskiej co do komentowania art. 17 p. c. Ustawy o wykonywaniu praktyki lekarskiej. Zarząd N. I. L. pozostał jednakże przy swojem zdaniu co do wymienionej uchwały Izby Naczelnej.

Niezależnie od ogłoszenia protokółu posiedzenia Naczelnej Izby Lekarskiej w Czasopiśmie Lekarskiem, Polskiej Gazecie Lekarskiej i Nowinach Lekarskich, przytoczone tu uchwały Naczelnej Izby Lekarskiej przesłane zostały Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia oraz wszystkim Izbom lekarskim. Nadto uchwała Izby Naczelnej w sprawie obejmowania posad w Kasach Chorych przez lekarzy, pobierających stałe pensje, przesłana została do Departamentu Sanitarnego, Ministerstwa Spraw Wojskowych. W sprawie uchwały 2-ej i 4-ej Przewodniczący N. I. L. kilkakrotnie konferował z Generalnym Dyrektorem Służby Zdrowia.

Formalności co do utworzenia Izby Lekarskiej Wileńsko-Nowogródzkiej zostały już ostatecznie zakończone w połowie października r. u. Nieogłoszenie w swoim czasie listy wyborczej było przyczyną, że wybory do Rady Izby Wileńsko-Nowogródzkiej będą opóźnione.

W związku z N. 4 uchwał Izby Naczelnej Zarząd w połowie lipca r. u. otrzymał od Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia pismo z zawiadomieniem, że rozporządzenie Rady Ministrów o Państwowej Radzie Zdrowia będzie wkrótce ogłoszone w Dzienniku Ustaw Rzeczypospolitej Polskiej. W sprawie projektów ustaw z dziedziny sanitarnej wydane zostało zarządzenie przez Generalną Dyrekcję Służby Zdrowia, aby projekty takie przed ich skierowaniem na drogę ustawodawczą przesyłano Izbie Naczelnej do opinji. Nadto otrzymano od Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia sprawozdanie z jej działalności za rok 1923 i po jednym egzemplarzu tego sprawozdania przesłano wszystkim Izbom lekarskim.

W związku z Uchwałą Naczelnej Izby Lekarskiej N. 3 Zarząd wystosował do Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia memorjał w sprawie wody do picia, z której korzystają mieszkańcy Rzeczypospolitej Polskiej, oraz memorjał w sprawie inicjatywy ze strony Rządu co do budowania ustępów po wsiach. Co się tyczy pierwszej sprawy, to chodziło by na razie o przeprowadzenie rejestracji studzien i urządzeń, dostarczających wodę do picia. Wystosowano również do Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia memorjał w sprawie organizowania uczelni dla pielęgniarzy i pielęgniarek.

Dok. nast.

Izba lekarska Warszawsko-Białostocka.

Zarząd Izby lekarskiej Warszawsko-Białostockiej podaje:

W ubiegłych miesiącach w prasie lekarskiej zaczęły ukazywać się artykuły polemiczne, pisane przez lekarzy i zwrócone przeciwko innym lekarzom, w stylu nieprzebierającym w wyrażenich, zaś w treści szarpiącym cześć i dobre imię. Zarząd Izby lekarskiej Warszawsko-Białostockiej uważa że wprowadzanie podobnego stylu polemicznego, dotychczas spotykanego jedynie w prasie brukowej, nie licuje z godnością stanu lekarskiego. Podobne artykuły przynoszą jedynie szkodę natury moralnej, wzywa więc kolegów-lekarzy do zachowania umiaru w wyrażeniach i treści, zaznaczając, że w przeciwnym razie będzie zmuszony sprawy powyższe kierować do Sądu Izby.

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

Warszawa.

XXIII. Zjazd chirurgów Polskich odbędzie się w Warszawie w dniach 8, 9 i 10 lipca r. b.

Jako tematy programowe obrano: 1) leczenie chirurgiczne wola i choroby Basedowa, 2) ostre zapalenie kości.

Uprasza się o możliwie wczesne nadsyłanie tematów odczytowych z dołączeniem krótkiego ich streszczenia.

Termin ostateczny nadsyłania prac — 10 czerwiec r. b.

Korespondencję kierować należy pod adresem sekretarza Zjazdu Lewensterna, Warszawa Wspólna 62.

Komisje lekarskie dla funkcjonarjuszy państwowych. Rozporządzenie rady ministrów z dnia 19 lutego 1926 wprowadziło pewne zmiany w składzie komisyj lekarskich dla funkcjonarjuszów państwowych. W myśl tego rozporządzenia skład komisji lekarskiej I instancji stanowią: lekarz urzędowy powiatu, jako przewodniczący, oraz drugi lekarz urzędowy, wyznaczony przez wojewodę. W razie braku drugiego lekarza urzędowego w siedzibie starostwa, wyznacza się jako drugiego członka komisji miejscowej lekarza sądowego, a w razie braku takiego, lekarza urzędowego z najbliższej miejscowości. Przy badaniu pracowników kolei państwowych wchodzi w skład komisji ponadto lekarz kolejowy. Skład komisji lekarskiej II instancji stanowią: naczelnik Wydziału zdrowia województwa, jako przewodniczący, jeden z inspektorów lekarskich, oraz naczelnik wydziału sanitarnego tej dyrekcji kolei państwowych, w której okręgu jest siedziba danego województwa. W przypadkach, gdy chodzi o stwierdzanie związku przyczynowego choroby (kalectwa) ze służbą państwową, w skład komisji lekarskiej I. instancji, nie wyłączając komisji dla miast Lwowa i Krakowa, wchodzi starosta, lub jego zastępca, jako przewodniczący, przedstawiciel władzy służbowej badanego funkcjonarjusza oraz drugi lekarz, zaś w skład komisji lekarskiej II instancji — wojewoda, lub jego zastępca, jako przewodniczący, oraz wymienieni wyżej członkowie komisji.

Kraków.

Krakowskie Tow. lekarskie. We środę 5. maja o godz. 8,15 wiecz. posiedzenie naukowe. Na porządku dziennym: Dr. Dyboski: Rzadki przypadek *Acrosarcomatosis*. Doc. Oszacki: „O rokowaniach w cukrzycy oraz o jej leczeniu".

Wilno.

Prof. Witold Orłowski został mianowany członkiem honorowym Wileńskiego Towarzystwa lekarskiego.

W Wilnie 13 i 14 czerwca r. b. mają się odbyć jako zjazdy połączone IV. Zjazd Higjenistów Polskich oraz V. Zjazd Lekarzy i Działaczy Sanitarnych Miejskich. Sekcja mieszkaniowa Komitetu organizacyjnego zjazdu czyni zabiegi w celu uprzystępnienia członkom Zjazdu zamiejscowym pobytu w Wilnie przez ułatwienie wynalezienia mieszkania. Sekcja będzie rozporządzała następnego rodzaju lokalami: 1. Lokale ogólne po kilka, lub kilkanaście osób w jednym pokoju w nowym gmachu dotychczas niezamieszkałym, który posiada wszelkie ubikacje urządzone z komfortem. — 2. lokale o 1—2 łóżkach w mieszkaniach prywatnych lekarzy wileńskich. — 3. Pokoje płatne z opustem 50% od ceny zwykłej w lepszych hotelach wileńskich. Uprasza się osoby reflektujące o zgłaszanie się niezwłocznie pod adresem: Wilno, Wojewódzki Wydział Zdrowia Publicznego, ze wzmianką, na jakiego rodzaju lokal członek zjazdu reflektuje. Sekcja mieszkaniowa zastrzega sobie jednak prawo do innego umieszczenia spóźnionych reflektantów w wypadku, gdyby liczba ich na jeden z wyszczególnionych rodzajów mieszkań przekraczała ilość tych ostatnich. Przy zgłaszaniu się małżeństw należy o tem nadmienić.

Redakcja otrzymała:

Dr. H. Grossfeld: Zur Pathologie und Therapie der colitis ulcerosa. (Odbitka z Archiv für Verdauungs-Krankheiten. Band XXXVI. Heft 5/6 1926.

Sprostowanie.

Do artykułu Dr. J. Frostiga p. t.: „Analiza tremy koncertowej" ogłoszonego w numerach 16 i 17. P. G. L. z r. 1926. wkradły się następujące omyłki druku:

Num. P.G.L	Strona	Szpalta	Wiersz	Wydrukowano:	Powinno być:
16	303	1	6 od dołu	D. Frostig	Dr. J. Frostig
16	303	2	8 od góry	jest sprawą metodyki empirycznej	jest sprawą empiryczną
16	303	2	11 od góry	Fister	Pfister
16	304	1	34 od góry	spotykane	spotykany
16	305	1	10 od góry	Triebrepresäsentanzen	Triebrepräsentanzen
16	305	1	34 od dołu	metodologji	metodyki
17	325	1	2 od góry	D. Frostig	Dr. J. Frostig
17	325	2	17 od góry	skonstruowany	skonturowany
17	325	2	41 od góry	ambitnie	ambitne
17	325	2	18 od dołu	demokratywna	demonstratywna
17	326	1	8 od góry	W myśli	W myśl